



Deusto

Universidad de Deusto
Deustuko Unibertsitatea



EL AFRONTAMIENTO Y LA GENERACIÓN DE ESTRÉS EN LA DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA

M^a Luisa Espina Ferrer

Bilbao, junio 2015

EL AFRONTAMIENTO Y LA GENERACIÓN DE ESTRÉS EN LA DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA

Doctoranda: M^a LUISA ESPINA FERRER

Dirigida por la Dra. ESTHER CALVETE ZUMALDE

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico.

Universidad de Deusto.

La directora

La doctoranda

Bilbao, junio de 2015



EL AFRONTAMIENTO Y LA GENERACIÓN DE ESTRÉS EN LA DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA

M^a Luisa Espina Ferrer

Bilbao, junio 2015

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quisiera expresar mi más sincero y profundo agradecimiento a mi directora de tesis, la Dra. Esther Calvete Zumalde, por su excepcional capacidad de dirección y de trabajo realizado al dirigir este estudio, por sus aportaciones y correcciones certeras, por sus orientaciones, por su disponibilidad y dedicación, por su comprensión y paciencia respetando mi ritmo de trabajo.

También quisiera agradecer el apoyo y la ayuda prestadas por la Dra. Izaskun Orue al aportarme sus conocimientos, sus orientaciones y sus opiniones en la elaboración de esta tesis.

No quiero olvidarme de mi familia y mis amigos, a los que quisiera agradecer su compañía y comprensión durante todo este tiempo.

Ha sido un largo proceso compaginado con mi trabajo diario que a veces me impedía rendir todo lo que hubiera deseado. El esfuerzo ha merecido la pena.

Agradecer a la Universidad de Deusto por todos los recursos prestados y por concederme las prórrogas para poder finalizar esta tesis.

A mis padres que siempre me apoyaron para seguir estudiando

ÍNDICE

ANTECEDENTES	1
CAPÍTULO I. EL ESTRÉS Y SU AFRONTAMIENTO EN LA ADOLESCENCIA	5
1.1. MODELOS EXPLICATIVOS DE ESTRÉS.....	7
1.1.1. MODELOS BASADOS EN LA RESPUESTA	8
1.1.2. MODELOS BASADOS EN EL ESTÍMULO.....	9
1.1.3. MODELOS BASADOS EN LA INTERACCIÓN INDIVIDUO- AMBIENTE	12
1.1.4. MODELOS DE VULNERABILIDAD AL ESTRÉS	14
1.2. LOS ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES	16
1.2.1. LOS ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES DURANTE LA ADOLESCENCIA	17
1.3. EL AFRONTAMIENTO	21
1.3.1. DIFERENTES ENFOQUES CONCEPTUALES DEL AFRONTAMIENTO	22
1.3.2. DIMENSIONES DEL AFRONTAMIENTO	24
1.3.3. AFRONTAMIENTO Y AJUSTE PSICOLÓGICO	27
1.3.3.1. AFRONTAMIENTO Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS	31
1.3.3.2. DIFERENCIAS DE GÉNERO EN AFRONTAMIENTO EN LA ADOLESCENCIA	49
1.4. CONCLUSIONES	68
CAPÍTULO II. LA DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA	71
2.1. LA DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA	73
2.2. DEFINICIÓN Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS	74
2.3. EPIDEMIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA	77
2.4. DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LA DEPRESIÓN	81
2.4.1. EMERGENCIA DE LAS DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LA DEPRESIÓN.....	81
2.4.2. TRAYECTORIAS EN LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA DURANTE LA ADOLESCENCIA POR GÉNERO.....	84
2.5. RECURRENCIA Y COMORBILIDAD DE LA DEPRESIÓN.....	86

2.6. FACTORES DE VULNERABILIDAD PARA LA DEPRESIÓN EN NIÑOS Y ADOLESCENTES.....	88
2.6.1. VULNERABILIDAD COGNITIVA A LA DEPRESIÓN EN NIÑOS Y ADOLESCENTES: LA TEORIA DE LA DESESPERANZA.....	88
2.6.2. FACTORES DE VULNERABILIDAD / RIESGO Y DE PROTECCIÓN PARA LA DEPRESIÓN EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA.....	90
2.7. FACTORES EXPLICATIVOS BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIALES DE LAS DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LA DEPRESIÓN	95
2.8. CONCLUSIÓN.....	100
CAPÍTULO III. GENERACIÓN DE ESTRÉS Y DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA	103
3.1. GENERACIÓN DE ESTRÉS EN LA DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES	105
3.2. MODELO DE EXPOSICIÓN AL ESTRÉS: RELACIÓN INICIAL ESTRÉS – DEPRESIÓN	105
3.3. MODELO DE GENERACIÓN DE ESTRÉS DE LA DEPRESIÓN.....	106
3.4. VULNERABILIDAD COGNITIVA E INTERPERSONAL RELEVANTE EN LA GENERACIÓN DE ESTRÉS	110
<u>3.4.1. PREDICTORES DE LA GENERACIÓN DE ESTRÉS: ESTILOS COGNITIVOS NEGATIVOS</u>	<u>110</u>
<u>3.4.2. PREDICTORES DE LA GENERACIÓN DE ESTRÉS: PERSONALIDAD Y VULNERABILIDADES INTERPERSONALES</u>	<u>115</u>
<u>3.4.3. AFRONTAMIENTO Y GENERACION DE ESTRÉS.....</u>	<u>119</u>
3.5. DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LA GENERACIÓN DE ESTRÉS	121
3.6. CONCLUSIÓN.....	124
CAPÍTULO IV. OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y MÉTODO.....	127
4.1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	129
4.2. MÉTODO	130
4.2.1. PARTICIPANTES	130
4.2.2. INSTRUMENTOS	131
4.2.3. PROCEDIMIENTO	133
CAPÍTULO V. RESULTADOS	135
5.1. PREVALENCIAS DE LOS ESTRESORES Y ESTRÉS PERCIBIDO	137
5.1.1. DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LAS PREVALENCIAS DE LOS ESTRESORES	139
5.1.2. DIFERENCIAS DE GÉNERO EN EL ESTRÉS PERCIBIDO.....	141

5.2. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS, CORRELACIONES ENTRE LAS VARIABLES DEL ESTUDIO Y DIFERENCIAS DE GÉNERO.....	144
5.3. MODELO DE MEDIDA DEL AFRONTAMIENTO RSQ: INVARIANZA FACTORIAL EN CHICOS Y CHICAS ADOLESCENTES.....	146
5.4. LOS ESTILOS DE AFRONTAMIENTO COMO PREDICTORES DE LOS SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN.....	151
5.5. DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LA RELACIÓN ENTRE LOS ESTILOS DE AFRONTAMIENTO Y LA DEPRESIÓN	152
5.6. MODELO DE GENERACIÓN DE ESTRÉS: LA DEPRESIÓN Y LOS ESTILOS DE AFRONTAMIENTO COMO PREDICTORES DEL NÚMERO DE ESTRESORES.....	154
5.7. DIFERENCIAS DE GÉNERO EN EL MODELO DE GENERACIÓN DE ESTRÉS.....	155
5.8. MODELO DE GENERACIÓN DE ESTRÉS: LA DEPRESIÓN Y LOS ESTILOS DE AFRONTAMIENTO COMO PREDICTORES DEL ESTRÉS PERCIBIDO	156
5.9. DIFERENCIAS DE GÉNERO EN EL MODELO DE GENERACIÓN DE ESTRÉS PERCIBIDO.....	158
CAPÍTULO VI. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	161
6.1. LOS ACONTECIMIENTOS VITALES Y DIFERENCIAS DE GÉNERO.	163
6.2. LOS ESTILOS DE AFRONTAMIENTO: DIFERENCIAS DE GÉNERO EN EL MODELO DE MEDIDA DEL RSQ.....	166
6.3. LOS ESTILOS DE AFRONTAMIENTO COMO PREDICTORES DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LA RELACIÓN ENTRE ESTILOS DE AFRONTAMIENTO Y DEPRESIÓN.....	169
6.4. EL MODELO DE GENERACIÓN DE ESTRÉS: LOS ESTILOS DE AFRONTAMIENTO COMO PREDICTORES DE ACONTECIMIENTOS ESTRESANTES Y DIFERENCIAS DE GÉNERO.....	171
6.5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	174
6.6. LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.....	175
6.7. IMPLICACIONES CLÍNICAS PARA LA PREVENCIÓN Y LA INTERVENCIÓN EN DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA	176
6.8. CONCLUSIONES FINALES.....	177
REFERENCIAS	181
ANEXOS.....	237

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Afrontamiento y síntomas depresivos en los adolescentes.....	33
Tabla 2. Diferencias de género en afrontamiento.....	53
Tabla 3. Distribución de la muestra por curso y sexo en el Tiempo 1	130
Tabla 4. Prevalencias de los estresores.....	138
Tabla 5. Diferencias de género en las frecuencias de los estresores en el Tiempo 1 ...	139
Tabla 6. Diferencias de género en las frecuencias de los estresores en el Tiempo 2 ...	140
Tabla 7. Diferencias de género en estrés percibido en Tiempo 1.....	142
Tabla 8. Diferencias de género en estrés percibido en Tiempo 2.....	143
Tabla 9. Estadísticos descriptivos y correlaciones entre las variables del estudio	145
Tabla 10. Diferencias de género en las variables del estudio.....	145
Tabla 11. Cargas factoriales del RSQ en factores de primer orden.....	147
Tabla 12. Cargas factoriales de segundo orden	149
Figura 1. Figura del modelo transaccional de vulnerabilidad cognitiva al estrés (Hankin y Abramson, 2001).	95
Figura 2. Modelo de generación de estrés (Davila et al., 1995).....	120
Figura 3. Los estilos de afrontamiento como variables predictoras de la depresión. ...	152
Figura 4. Diferencias de género en la relación entre los estilos de afrontamiento y la depresión.....	153
Figura 5. La depresión y los estilos de afrontamiento como variables predictoras de los estresores	155
Figura 6. La depresión y los estilos de afrontamiento como variables predictoras de los estresores	156
Figura 7. La depresión y los estilos de afrontamiento como variables predictoras del estrés percibido	157
Figura 8. La depresión y los estilos de afrontamiento como variables predictoras del estrés percibido	159

ANTECEDENTES

La adolescencia es un período fundamental para comprender la naturaleza y el curso de los trastornos y síntomas depresivos debido al aumento significativo de la sintomatología depresiva en esta etapa vital y a la emergencia de las diferencias de género en depresión (Costello, Copeland y Angold, 2011; Hankin et al., 1998). Esto supone que el ser mujer es un factor de riesgo para el desarrollo de la depresión, ya que desde la adolescencia temprana hasta la adultez las chicas tienen una mayor probabilidad de desarrollar la depresión en comparación con los chicos (Nolen-Hoeksema y Girgus, 1994). Además la manifestación de los síntomas depresivos en la adolescencia puede suponer un riesgo de presentar trastornos depresivos en la edad adulta (Hammen, 2009a, 2009b).

La adolescencia es un período de muchos cambios en la vida de la persona: cambios hormonales, cambios en la escolaridad y en las relaciones con sus padres, amigos y compañeros, cambios todos ellos que requieren adaptaciones. Además, los adolescentes tienen una mayor autonomía, aumentan sus responsabilidades académicas y personales (Hammen, 2009a, 2009b; Rudolph, 2008).

Desde la psicología cognitiva se ha estudiado el papel de los acontecimientos vitales en el desarrollo de los trastornos y síntomas de depresivos. Desde este modelo teórico, las diferencias individuales en la valoración de la severidad de los estresores reflejan cómo las personas interpretan y responden a los distintos problemas a los que se enfrentan diariamente. En la adolescencia se experimenta un notable aumento de estresores, sobre todo, de naturaleza interpersonal (Ge, Lorenz, Conger, Elder y Simons, 1994; Pettit, Lewinsohn, Seeley, Roberts y Yaroslavsky, 2010; Rudolph y Hammen, 1999; Seiffge-Krenke, Aunola y Nurmi, 2009). En esta tesis con una muestra de 1200 adolescentes cuyas edades están comprendidas entre los 14 y 18 años se evaluarán la frecuencia y gravedad de los sucesos vitales estresantes, su estilo de afrontamiento y su papel en el desarrollo y el mantenimiento de la depresión.

Para explicar el trastorno y los síntomas depresivos en la adolescencia vamos a utilizar dos modelos teóricos cognitivos. Uno es el modelo transaccional de vulnerabilidad al estrés, ampliación del modelo tradicional de vulnerabilidad/diátesis-

estrés, que señala la relación entre la vulnerabilidad cognitiva, la depresión y los estresores (Hankin y Abramson, 2001). El otro modelo es la generación de estrés que postula que algunos sucesos estresantes que suceden a las personas son resultado de sus conductas y acciones (Hammen, 1991).

En el primer capítulo se presentan los diferentes modelos explicativos de estrés, los acontecimientos vitales estresantes en la adolescencia, el afrontamiento y los diferentes enfoques conceptuales del afrontamiento, así como las dimensiones del afrontamiento y su relación con los trastornos y síntomas depresivos. Al final, se exponen las diferencias de género en el afrontamiento.

El segundo capítulo se centra en el trastorno y sintomatología depresiva en la adolescencia. Se presentan los criterios diagnósticos, la epidemiología, las diferencias de género y su emergencia así como la recurrencia y comorbilidad del trastorno depresivo. Igualmente se exponen los diversos factores de vulnerabilidad y de riesgo y los factores explicativos biológicos, psicológicos y sociales en las diferencias de género en la depresión,

En el tercer capítulo se describe el modelo de generación de estrés de la depresión (Hammen, 1991). Se exponen las vulnerabilidades cognitivas e interpersonales valoradas como predictores en la generación de estrés en diversas investigaciones: estilos inferenciales negativos, esquemas desadaptados, rumiación y co-rumiación, rasgos de personalidad como el neuroticismo, estilos de apego, dependencia, búsqueda de aprobación, sociotropía, autonomía y estrategias de afrontamiento. Asimismo, se muestra la evidencia previa sobre diferencias de género en generación de estrés.

En el cuarto capítulo se presentan los objetivos e hipótesis planteados en este estudio así como el método empleado en su realización. La muestra utilizada constó de 1200 adolescentes (679 chicos y 519 chicas) con edades comprendidas entre los 14 y los 18 años que completaron el cuestionario de acontecimientos vitales (Acontecimientos Percibidos para los adolescentes, *Adolescent Perceived Events Scale*, APES; Compas, Davis, Forsythe y Wagner, 1987), medidas de síntomas depresivos (*Youth Self-Report*, YSR; Achenbach y Rescorla, 2001) y estilos de afrontamiento (*Responses to Stress*

Questionnaire, RSQ; Connor-Smith, Compas, Wadsworth, Thomsen y Saltzman, 2000). La muestra de adolescentes volvió a completar medidas de estresores y depresión a los 6 meses después de la primera medida.

En el quinto capítulo se presentan los resultados de esta tesis. Se muestra la prevalencia de los sucesos estresantes y el estrés percibido y los datos descriptivos de todas las variables del estudio, así como las diferencias de género. Se valora la invarianza factorial del modelo de medida del RSQ en chicos y chicas adolescentes. Se analizan los estilos de afrontamiento como predictores de los síntomas de depresión y las diferencias de género en la relación entre los estilos de afrontamiento y la depresión. Finalmente, se evalúa el modelo de generación de estrés: los síntomas depresivos y los estilos de afrontamiento como predictores del número de estresores, así como las diferencias de género en el modelo de generación de estrés.

Para concluir, el capítulo sexto se discuten los resultados encontrados así como las limitaciones del estudio, las direcciones futuras que se derivan y las conclusiones finales. En este estudio no se han encontrado diferencias de género en cuanto al número total de estresores experimentados, resultados que discrepan del modelo de exposición al estrés que indica que las chicas adolescentes experimentan mayor número de sucesos estresantes en comparación con los chicos. Los acontecimientos más frecuentes han sido los sucesos de naturaleza interpersonal y los que más estrés o impacto emocional han generado han sido sucesos independientes del adolescente como la muerte de un amigo o un familiar. Se han hallado diferencias de género en los estresores sociales interpersonales y en el estrés percibido, siendo las chicas quienes han experimentado mayor número de sucesos estresantes relacionados con sus amigos e iguales y con su familia y con un mayor impacto emocional. Se ha obtenido que el modelo de medida del RSQ es equivalente para los chicos y chicas adolescentes, con una pequeña diferencia en la subescala de regulación emocional. En cuanto a las estrategias de afrontamiento, las chicas utilizan más el afrontamiento de control primario y distanciamiento y no hemos encontrado diferencias de género en el afrontamiento de control secundario. Aunque a nivel transversal, los síntomas de depresión correlacionan con un mayor uso del afrontamiento de distanciamiento y un menor uso del afrontamiento de control primario y secundario, a nivel longitudinal estos estilos de afrontamiento tienen un bajo poder predictivo y además es diferente según género. En

las chicas, el control primario predice una reducción de los síntomas depresivos, mientras que en los chicos el control secundario junto con un menor uso del afrontamiento de distanciamiento predice una reducción de los síntomas depresivos. Hemos encontrado apoyo al modelo de generación de estrés en que los adolescentes con síntomas depresivos incrementan la ocurrencia de nuevos estresores y la percepción del estrés a lo largo del tiempo. El afrontamiento de distanciamiento en el Tiempo 1 no predice un aumento de los estresores ni del estrés percibido en el Tiempo 2, salvo en el caso de las chicas en las que este estilo de afrontamiento predice un aumento en la percepción de estrés. Por tanto, el papel del afrontamiento como generador de nuevos estresores es muy limitado y sólo se da en el caso de las chicas. En las chicas, el uso del afrontamiento de distanciamiento predice un aumento de la percepción de estrés a lo largo del tiempo. No hay diferencias de género en el modelo de generación de estrés, ya que los síntomas depresivos predicen nuevos sucesos estresantes y el estrés percibido de igual manera para los chicos y chicas adolescentes.

Los resultados del estudio contribuyen a nuestro conocimiento de cómo los adolescentes afrontan el estrés y los mecanismos implicados en el desarrollo de depresión. Así mismo, los resultados tienen implicaciones para la intervención: Sería interesante desarrollar programas cognitivos de prevención para fomentar en los adolescentes habilidades que minimicen el impacto de los sucesos estresantes en sus vidas, enseñándoles a utilizar estrategias adecuadas de afrontamiento que eviten un deterioro de las vulnerabilidades que supongan un riesgo para el desarrollo del trastorno y sintomatología depresiva. Además, se deberá también educar a los adolescentes sobre el fenómeno de generación de estrés, en el que los propios síntomas depresivos pueden contribuir a generar nuevos estresores y a percibirlos como más severos.

CAPÍTULO I

EL ESTRÉS Y SU AFRONTAMIENTO EN LA ADOLESCENCIA

El término estrés se ha convertido en una palabra habitual en nuestra sociedad contemporánea, que se utiliza no sólo en el campo de la investigación psicológica, sino también en muchos de los ámbitos de nuestra vida cotidiana, en las conversaciones diarias y en los medios de comunicación. Su uso generalizado se ha extendido tanto que la expresión “estar estresado” alude a estados como “estar nervioso”, “estar ansioso” o “con una gran sobrecarga de trabajo”. Se trata de un término actual, vigente y multidimensional (Rivera, 2010; Sandi, Venero y Cordero, 2001).

Entender el papel que juega el estrés en la vida de las personas ha sido uno de los campos de investigación de la psicología. Pocos constructos en salud mental han sido tan importantes y al mismo tiempo tan difíciles de definir como el concepto de estrés. Así, hay definiciones que han puesto el acento en las circunstancias ambientales o en las condiciones amenazantes. Otras se han centrado en el proceso psicológico que sucede en respuesta al ambiente.

Por ello, a pesar de su enorme divulgación y de que es un concepto importante en la salud mental y en la psicopatología, es importante señalar que no existe una definición clara y general del concepto de estrés. Son muchas las disciplinas que han estudiado el término estrés, como por ejemplo la biología, la fisiología, la bioquímica, la neurofisiología, la psicología – en sus diversas escuelas – y las ciencias sociales. Así, la utilización del término estrés en todos esos campos de investigación ha traído como consecuencia una dispersión en el concepto del estrés. Las numerosas definiciones que han emergido a lo largo de los años han sido criticadas por ser demasiado vagas, demasiado amplias o difíciles para utilizar en investigaciones científicas (Grant y McMahon, 2005).

1.1. MODELOS EXPLICATIVOS DE ESTRÉS

Se han propuesto varios enfoques o modelos teóricos que han tratado de explicar la incidencia del estrés en la conducta humana y en la emergencia de los trastornos psicológicos. Algunos de estos modelos son: 1) modelos basados en la respuesta, 2) modelos basados en el estímulo y 3) modelos basados en la interacción individuo – ambiente o definición transaccional y 4) modelos de vulnerabilidad al estrés.

1.1.1. MODELOS BASADOS EN LA RESPUESTA

Las definiciones del estrés basadas en la respuesta se centran en las respuestas individuales que dan las personas durante situaciones estresantes. La respuesta de estrés se conceptualiza como los cambios psicológicos, fisiológicos y metabólicos que se producen en el organismo que sirven como mecanismo de mediación entre el estresor y la consecuencia en el órgano afectado (Everly y Lanting, 2002). Dado que se activa una gran cantidad de recursos extraordinarios, esto supone un desgaste para el organismo. Si la intensidad, la duración y la frecuencia del estímulo estresante son excesivas, la respuesta de estrés que desencadena produce determinadas alteraciones fisiológicas (asma, hipertensión, sudoración, etc.), metabólicas (hiperglucemia, hipercolesterolemia, etc.) y psicológicas (depresión, ansiedad, cambios de humor, etc.). En este modelo el interés se centra en las respuestas características del estrés (fisiológicas, psicológicas y conductuales) con independencia del estímulo o estresor (Sandi et al., 2001).

Las investigaciones de Hans Selye son un ejemplo de este modelo de entender el estrés. Selye (1956) definía el estrés como una reacción biológica no específica del cuerpo a una demanda ambiental. Era una respuesta estereotipada, inespecífica e implicaba una activación fisiológica orientada a la defensa del organismo conceptualizada como Síndrome General de Adaptación (SGA; *General Adaptation Syndrome, GAS*) caracterizada por tres fases: 1) *fase de alarma*, en la que el organismo percibe un estresor que identifica como nocivo y moviliza las defensas para responder a la posible amenaza, 2) *fase de resistencia*, en la que la activación fisiológica continúa para reducir la situación de estrés. Si no consigue superar la situación de estrés, la hiperactivación no se puede mantener de forma indefinida porque las reservas (limitadas) del organismo se consumen y 3) *fase de agotamiento*, en la que el organismo agota sus recursos y pierde de manera progresiva su capacidad de activación pudiendo llegar incluso al agotamiento total con consecuencias negativas (e incluso mortales) para el organismo (Selye, 1982).

El modelo de estrés entendido como respuesta ha recibido innumerables críticas. Una de las principales plantea que si las reacciones de las personas ante el estrés son en realidad tan uniformes e inespecíficas como planteaba Selye tendrían que ser siempre iguales variando únicamente su intensidad en función del estímulo provocador. Sin

embargo, las investigaciones indican la existencia de mecanismos específicos neuroendocrinos y endocrinos (Lazarus, 1993; Pfaff, Martin y Ribeiro, 2007).

Otro problema es que este modelo suponía la existencia de estresores prácticamente universales que afectaban de igual manera a todos los organismos. Sin embargo, en las respuestas ante situaciones consideradas “universalmente estresantes” no todas las personas se estresan, ni muestran los mismos síntomas (Goldstein y Kopin, 2007).

A pesar de las críticas, las investigaciones de Selye condujeron a un mejor conocimiento de los cambios bioquímicos, anatómicos y neurohormonales que acompañan la adaptación al estrés (Everly y Lanting, 2002).

1.1.2. MODELOS BASADOS EN EL ESTÍMULO

Un segundo enfoque lo engloban las definiciones del estrés basadas en el estímulo que se centran en la experiencia del individuo en una variedad de situaciones. El estrés es conceptualizado como un estímulo o una característica de la situación que desorganiza o tiene una demanda excesiva sobre el individuo. El interés se centra en la identificación de las situaciones o condiciones estresantes y su medición. Aquí se incluyen los estudios sobre los sucesos vitales que fueron definidos como experiencias objetivas que desorganizan o amenazan con desorganizar el estilo de vida habitual de la persona, causando un reajuste en su conducta (Dohrenwend, 2006).

Las investigaciones iniciales más conocidas sobre los sucesos vitales fueron las llevadas a cabo por Holmes y Rahe (1967), quienes crearon una escala, *Schedule of Recent Experiences (SRE)*, que contenía 43 sucesos vitales (e.g., matrimonio, cambio de residencia, enfermedad grave), cuyo objetivo era cuantificar la naturaleza y la frecuencia de los sucesos vitales experimentados recientemente, en un intervalo de tiempo (entre los 6-24 meses) de acuerdo a las puntuaciones dadas por los propios sujetos (Holmes y Rahe, 1967). Posteriormente, Holmes y Rahe se dieron cuenta de que algunos de estos ítems (e.g., muerte del esposo) requerían un cambio y una adaptación mayor que otros sucesos (e.g., vacaciones). Además, tanto los sucesos que representaban experiencias positivas (e.g., vacaciones) como aquellos que tenían valencia negativa (e.g., ser cesado del trabajo) requerían una adaptación a las demandas de la situación y producían estrés (Dohrenwend, Krasnoff, Askenasy y Dohrenwend, 1982).

Desde los años 70 se han desarrollado numerosas escalas de sucesos vitales, que han sido utilizadas con una gran variedad de poblaciones y situaciones diferentes, como por ejemplo, para niños y adolescentes (Dohrenwend, 2006; Shahar, Henrich, Reiner y Little, 2003; Swearingen y Cohen, 1985b; Wright, Creed y Zimmer-Gembeck, 2010; para revisión ver Grant, Compas, Thurm, McMahon y Gipson, 2004).

Numerosas investigaciones se han realizado relacionando el estrés, valorado por las escalas de sucesos vitales, con diversas enfermedades físicas y trastornos psicológicos como la depresión, los trastornos de ansiedad, los trastornos de alimentación y el abuso de sustancias, entre otros. Por ejemplo, los sucesos vitales estresantes se han relacionado con un pobre control metabólico en la diabetes en adolescentes (Helgeson, Escobar, Siminerio y Becker, 2010) y con una conducta alimentaria insana (O'Connor, Jones, Conner, McMillan y Ferguson, 2008). También se han relacionado con un incremento en la sensibilidad a la ansiedad (McLaughlin, y Hatzenbuehler, 2009) y con el desarrollo y mantenimiento de la depresión (Monroe et al., 2006; Pettit et al., 2010; Stroud, Davila, Hammen y Vrshek-Schallhorn, 2011). En la adolescencia, los sucesos vitales han sido asociados con un incremento de síntomas de depresión, ansiedad, baja autoestima y problemas conductuales (Grant et al., 2004).

A pesar de que la valoración de los instrumentos de los sucesos vitales como medida de estrés ha sido bastante favorable, existen críticas metodológicas y conceptuales. Los estudios de Holmes y Rahe (1967) se centraron en el cambio vital sin tener en cuenta si dicho cambio era evaluado positiva o negativamente por el individuo. Estudios realizados posteriormente encontraron que la ocurrencia de sucesos negativos está más relacionada con la aparición de trastornos psicológicos o enfermedades que la de los sucesos positivos (Dohrenwend, 2006).

Otro de los problemas de las escalas de sucesos vitales estresantes es que las situaciones valoradas son generales (e.g., divorcio o muerte de un ser querido), sin tener en cuenta las características o circunstancias en la que ocurre el suceso (e.g., la calidad de la relación antes del divorcio o de la muerte del ser querido) y que influyen en la valoración de dicha vivencia como más o menos estresante (Dohrenwend, 2006; Grant et al., 2004; Grant y McMahon, 2005).

Otra crítica a los inventarios de los sucesos vitales es que algunos de los ítems pueden ser tanto indicadores de síntomas psiquiátricos como sucesos independientes

que pueden contribuir al comienzo de la enfermedad. Por ejemplo, dos de los sucesos incluidos por Holmes y Rahe (1967) son indicadores de una amplia gama de enfermedades: los cambios en los hábitos alimentarios y en el dormir (Dohrenwend, 2006; Dohrenwend et al., 1982; Grant et al., 2004; Grant y McMahon, 2005).

La gran cantidad de investigaciones realizadas relacionando los sucesos estresantes y la psicopatología basándose en los inventarios ha sido objeto de muchas críticas (Dohrenwend, 2006; Grant et al., 2003), destacando dos. Una crítica hace referencia a la modesta cantidad de varianza explicada por los acontecimientos, ya que hay otras variables (como por ejemplo, el apoyo social, los estilos cognitivos, etc.) que pueden incrementar o disminuir el impacto de los sucesos (Dohrenwend, 2006). La otra crítica se refiere a los problemas de fiabilidad y validez de las medidas de sucesos vitales estresantes utilizadas en la mayoría de las investigaciones (Grant y McMahon, 2005), que dificulta la interpretación de los resultados.

Dohrenwend (2006) señala que el problema principal de las escalas de sucesos es la variabilidad intracategorial, que implica que acontecimientos distintos se incluyen en la misma categoría. Algunas respuestas a determinados ítems pueden representar diferentes tipos de experiencias (variando desde una gripe a un ataque al corazón) incluyéndose en la misma categoría, como por ejemplo “haber sufrido una enfermedad grave”.

Para intentar solucionar la variabilidad intracategorial se han desarrollado otros procedimientos como la evaluación del grado en que un suceso es estresante para la persona; la aportación de definiciones más precisas de lo que incluye cada una de las categorías y las entrevistas semiestructuradas llevadas a cabo por especialistas, quienes evalúan sistemáticamente la severidad y otras características importantes de los sucesos (Dohrenwend, 2006). Así, diversas investigaciones sobre situaciones estresantes se han llevado a cabo mediante entrevistas semiestructuradas. Por ejemplo, Harkness y colaboradores (2010) emplean entrevistas en su estudio sobre la relación entre estresores y trastorno depresivo. También han empleado entrevistas en el contexto del estudio de las consecuencias psicológicas de los atentados de Madrid (Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Iruarrizaga, González, y Galea, 2004 a, 2004b).

Individuos diferentes interpretan un mismo suceso de modo diverso y la respuesta emocional que cada persona muestra en una situación estresante va a depender de las

experiencias previas del sujeto y de los mecanismos que desarrolle para su afrontamiento, teniendo en cuenta otros determinantes como la personalidad, el apoyo o redes sociales, los recursos y vulnerabilidades y el contexto en el que sucede la situación estresante (Aldwin, Sutton y Lachman, 1996).

1.1.3. MODELOS BASADOS EN LA INTERACCIÓN INDIVIDUO-AMBIENTE

La variabilidad en la respuesta de estrés no puede ser explicada haciendo referencia únicamente a las condiciones ambientales sin tener en cuenta las características del individuo, ya que lo que es estresante para un sujeto en un momento dado no lo es para otro. Así, en este modelo el estrés se define en términos de transacciones o interacciones entre la persona y el ambiente acentuando los factores psicológicos que actúan entre los estímulos (estresores) y las respuestas de estrés (Grant y McMahon, 2005).

El principal representante del modelo transaccional del estrés es R. Lazarus, quien definió el estrés psicológico 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”* (Lazarus y Folkman, 1986, p. 43). Esta definición subraya la importancia de los procesos mediacionales–cognitivos de modo que un suceso o estresor será estresante únicamente si el individuo así lo percibe, dándole al individuo un papel activo (Forman, 1993).

En esta perspectiva transaccional la evaluación cognitiva y el afrontamiento son dos procesos que relacionan al individuo y al entorno. La evaluación cognitiva está dividida en tres tipos: la evaluación primaria, la evaluación secundaria y la reevaluación. Durante la *evaluación primaria* la persona valora las consecuencias del suceso para su bienestar. Así, según Lazarus y Folkman (1986) los acontecimientos pueden evaluarse como irrelevantes, benignos-positivos o estresantes. Cuando la situación no tiene implicaciones para la persona se valorará como *irrelevante* y la persona no experimentará reacciones negativas (Cano-Vindel y Miguel Tobal, 1999). Si la situación es valorada como *benigno-positiva*, entonces la persona espera consecuencias positivas logrando un bienestar que genera emociones placenteras tales como alegría, felicidad, amor, tranquilidad.

Si la situación o estímulo es valorada como *estresante*, puede implicar daño o pérdida, amenaza o desafío. Se considera daño o pérdida cuando el individuo ha sufrido, por ejemplo, una lesión física, una enfermedad incapacitante o el haber perdido a algún ser querido. La amenaza se refiere a los daños o pérdidas que todavía no han ocurrido pero que se prevén que puedan suceder si no se hace algo para evitarlo. El desafío supone una anticipación de los daños o pérdidas valorando las posibilidades de controlar la situación. Las valoraciones de una situación como amenazante o desafiante tienen en común que ambas implican la movilización de estrategias de afrontamiento, pero en el desafío se valora la capacidad de control de la situación y moviliza emociones positivas (Lazarus y Folkman, 1986). Las valoraciones de amenaza y desafío no son excluyentes entre sí, ya que muchas veces las situaciones valoradas como amenaza pueden cambiar a desafío debido a las respuestas de afrontamiento o por cambios producidos en el entorno.

En la *evaluación secundaria* la persona analiza sus habilidades para hacer frente a la situación estresante mediante las respuestas y recursos de afrontamiento disponibles. Es una evaluación dirigida a determinar qué puede hacerse. La persona evalúa si puede hacer frente a la situación con éxito y está condicionada por las capacidades y recursos que tenga (Lazarus y Folkman, 1986).

Las dos evaluaciones (primaria y secundaria) no son excluyentes, sino interdependientes, no separables en muchos contextos (Lazarus y Folkman, 1986). La persona realiza una evaluación primaria de que la situación es estresante y valora los recursos y las opciones disponibles para manejar el daño potencial, es decir, la valoración de afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1986; Holroyd y Lazarus, 1982).

Finalmente se produce la *reevaluación* que es una nueva evaluación de la situación realizada por la persona en base a la nueva información obtenida del entorno o de sus propias reacciones ante éste, con el objeto de modificar o cambiar la situación. Es un proceso de reevaluación continua en el que se determinará el grado de estrés y la calidad de la respuesta emocional (Lazarus y Folkman, 1986).

Desde hace algunas décadas se han realizado numerosas investigaciones sobre el estrés y sus consecuencias. Los estudios actuales sobre el estrés se han centrado en el estudio de procesos que subyacen a esta relación como son los estilos cognitivos, los

rasgos de personalidad, los estilos de afrontamiento, etc., algunos de los cuales son descritos a continuación.

1.1.4. MODELOS DE VULNERABILIDAD AL ESTRÉS

Los estudios generados por los modelos anteriormente expuestos han reconocido que el estrés contribuye al desarrollo y mantenimiento de los trastornos psicopatológicos, siendo un factor determinante en los mismos. Sin embargo, el hecho de que no todos los individuos que experimentan sucesos estresantes desarrollan un trastorno psicológico ha conducido al reconocimiento de que hay factores de vulnerabilidad que predisponen a algunos individuos a la psicopatología cuando se enfrentan a los sucesos estresantes. Estos modelos combinan la vulnerabilidad y el estrés como procesos que conducen al trastorno en un proceso interactivo (Ingram y Luxton, 2005).

Los modelos de vulnerabilidad al estrés reconocen la importancia de la definición transaccional de estrés de que determinados sucesos son considerados estresantes si el individuo los valora como tal (Lazarus y Folkman, 1986) y tienen en cuenta otras fuentes de estrés como la acumulación de estresores o molestias diarias, sucesos vitales negativos, los factores socioeconómicos, etc. (Grant y McMahon, 2005). También toman en consideración otros factores importantes. Uno es que algunos sucesos estresantes que suceden a las personas son resultado de las conductas y acciones de las propias personas. Por ejemplo, una persona con déficit en habilidades sociales puede tener relaciones interpersonales difíciles con sus conocidos, compañeros de trabajo o amigos íntimos que genere estrés (Daley et al., 1997; Eberhart y Hammen, 2010; Hammen, 1991, 2006; Ingram y Luxton, 2005; Joiner, Wingate, Gencoz y Gencoz, 2005; Monroe y Simons, 1991; Rudolph, Flynn, Abaied, Groot y Thompson, 2009; Shih y Eberhart, 2008). Los individuos vulnerables, o aquellos con un trastorno, pueden jugar un papel en la creación de su propio estrés. En la generación de estrés la persona juega un importante papel activo (Hammen, 2006), tal y como se expondrá en el capítulo 3.

Un segundo factor es el proceso de evaluación de lo que es percibido como estresante (Monroe y Simons, 1991). Es decir, el estrés no es independiente de la valoración del individuo. Hay un número de sucesos que son valorados universalmente como estresantes (p.ej., la muerte de un ser querido), pero incluso en esos casos las diferencias individuales marcan el grado en que dicho suceso estresante es percibido y

experimentado. En otras ocasiones, algunas personas pueden percibir los sucesos como estresantes y experimentarlos como tal, mientras que otros los consideran como no estresantes, o al menos mínimamente estresantes. Por tanto, hay otros factores que pueden afectar en la determinación y grado de estrés (Ingram y Luxton, 2005).

Además, este modelo también se fija en aquellos estresores que son próximos al inicio del trastorno. Los estresores que suceden en la infancia pueden influir en cómo se afronta posteriormente en la vida los sucesos estresantes e incluso aumentar a susceptibilidad para padecer un trastorno (Ingram y Luxton, 2005).

Por tanto, la perspectiva de vulnerabilidad al estrés intenta explicar por qué los sucesos estresantes aparecen relacionados con la psicopatología en unos individuos y no en otros. Los factores de vulnerabilidad representan aspectos estables de un individuo que hacen que tenga más probabilidades que otros de desarrollar síntomas psicopatológicos. Los factores de vulnerabilidad pueden ser factores genéticos, procesos biológicos, estructuras cognitivas, formas inadaptadas de interactuar con otras personas, estilos de apego inseguro y déficits en regulación emocional, entre otros (Monroe y Simons, 1991).

En este marco teórico del modelo de vulnerabilidad de estrés, los individuos que poseen factores de vulnerabilidad tienen más probabilidad de experimentar síntomas de psicopatología en presencia de sucesos vitales estresantes. En ausencia de dichos estresores, los individuos que poseen estos factores de vulnerabilidad no tienen más probabilidad que otras personas de exhibir síntomas psicopatológicos (Abela et al., 2011; Hankin y Abramson, 2001; Ingram y Luxton, 2005; Monroe y Simons, 1991).

Una variedad de modelos han sido propuestos para entender la complejidad multifactorial de la psicopatología (para revisión ver Hankin y Abela, 2005). Así, la manera particular que cada persona tenga para atender, percibir, interpretar y recordar los sucesos negativos contribuye a la vulnerabilidad para desarrollar un trastorno psicopatológico en presencia de sucesos vitales negativos (Gibb y Coles, 2005). Estos modelos sugieren que variables específicas combinadas de una determinada manera pueden generar un trastorno.

1.2. LOS ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES

Los modelos psicológicos actuales del estrés consideran el estrés como un constructo multidimensional complejo que comienza con la percepción de un acontecimiento o estímulo que genera síntomas de estrés. Las situaciones estresantes pueden clasificarse atendiendo a diversas características y pueden diferenciarse cualitativa y cuantitativamente. Los criterios de clasificación de los sucesos vitales estresantes tienen en cuenta la severidad del acontecimiento, el impacto en la vida de las personas, la duración, la controlabilidad y la predictibilidad (Dohrenwend, 2006; McMahon, Grant, Compas, Thurm y Ey, 2003).

Se consideran como situaciones estresantes aquellos sucesos que las personas podemos experimentar a lo largo de nuestras vidas y que son evaluadas como amenazantes o que tienen un impacto negativo (Dohrenwend, 2006; Grant et al., 2003), diferenciándose entre acontecimientos vitales, molestias diarias o circunstancias crónicas de la vida (Grant y McMahon, 2005; McMahon et al., 2003).

Los acontecimientos vitales mayores son aquellas situaciones que requieren que la persona haga ajustes o cambios considerables en su vida. Debido a que no son fáciles de solucionar pueden prolongarse durante bastante tiempo (Cheng y Li, 2010; Dohrenwend, 2006; Rowlison y Felner, 1988). Pueden surgir de problemas familiares, personales o económicos. En ocasiones, pueden estar fuera del control de la persona (por ejemplo, las guerras, los desastres naturales, la muerte de un ser querido, las enfermedades, etc.). Con otros sucesos, en cambio, las personas si tienen influencia o control sobre ellos, como por ejemplo los exámenes importantes u oposiciones, la separación sentimental, el embarazo, etc. (Grant et al., 2003). Cualquier cambio, sea positivo o negativo, puede tener un efecto estresante y requiere un reajuste (Dohrenwend, 2006).

Las molestias o contrariedades diarias son aquellas exigencias irritantes, frustrantes y angustiantes y relaciones problemáticas que nos perturban en nuestra vida diaria (Cheng y Li, 2010; Rowlison y Felner, 1988; Wright et al., 2010) y cuyo efecto sumatorio puede tener importantes repercusiones para las personas. De hecho, aunque se consideran menos dramáticas que los sucesos mayores, pueden ser incluso más importantes para el proceso de adaptación y de la conservación de la salud de las

personas (Grant et al., 2003). Ejemplos de este tipo de molestias son las presiones académicas, las discusiones con familiares o amigos, la apariencia física puntual, la pérdida de cosas, etc. Cuando suceden este tipo de molestias se producen sentimientos de enfado, irritación, preocupación o frustración y hacen que las personas sean conscientes de que tendrán dificultades para lograr sus objetivos (Grant et al., 2003).

Las circunstancias o estresores crónicos son situaciones o experiencias persistentes y aversivas que se prolongan en el tiempo (Cheng y Li, 2010). Este tipo de experiencias incrementan la vulnerabilidad de las personas y ocasionan un gran daño en el organismo debido a que son condiciones duraderas que agotan al individuo. Ejemplo de este tipo de estresores son la convivencia con un padre alcohólico, las malas condiciones de la vivienda, el trabajo insatisfactorio, las enfermedades crónicas, las relaciones conflictivas con padres, hermanos, amigos, etc. (Grant et al., 2003; Wadsworth, Raviv, Compas y Connor-Smith, 2005).

Se han creado numerosos cuestionarios o inventarios para medir tanto los acontecimientos mayores como las contrariedades y molestias diarias (para revisión ver Grant et al., 2004).

1.2.1. LOS ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES DURANTE LA ADOLESCENCIA

Durante la adolescencia, los chicos y las chicas se enfrentan a numerosas y variadas condiciones estresantes que amenazan su bienestar y su desarrollo saludable (Grant et al., 2004). Algunos de estos acontecimientos estresantes son de carácter normativo (es decir, sucesos que se espera que ocurran a todos los individuos de un grupo social a una edad más o menos similar). Por ejemplo, para los adolescentes serían las preocupaciones, las dificultades y las tensiones cotidianas que son parte de la vida como el paso a la Enseñanza Secundaria y el cambio de centro escolar, los problemas en las relaciones con los iguales, los conflictos con sus padres, las primeras citas amorosas, etc. (Swearingen y Cohen, 1985a). Los adolescentes también se enfrentan a los considerados sucesos no normativos (sucesos que no suelen ser experimentados por la mayoría de los chicos y chicas de estas edades), como son la muerte de uno de los padres, el divorcio, la enfermedad, el embarazo propio o de la pareja y el desempleo de los padres.

En términos generales, durante la adolescencia se produce un aumento de acontecimientos vitales estresantes (Cohen, Burt y Bjorck, 1987; Ge et al., 1994; Larson y Ham, 1993; Pettit et al., 2010; Windle y Windle, 1996). Se considera que entre el 46 – 82% de los sucesos estresantes diarios que afrontan los adolescentes pertenecen al ámbito de las relaciones interpersonales (Seiffge-Krenke et al., 2009) e incluyen conflictos con sus padres, hermanos, compañeros, amigos íntimos y parejas sentimentales (Bowker, Bukowski, Hymel y Sippola, 2000; Seiffge-Krenke et al., 2009; Seiffge-Krenke, Weidemann, Fentner, Aegenheister y Poeblau, 2001; Wright et al., 2010). También son importantes los estresores referentes a su propia identidad tales como la insatisfacción por los cambios corporales y su apariencia física, su carácter, etc. (Heredia-Ancona, Lucio-Gómez y Suárez de la Cruz, 2011; Sanz Rodríguez et al., 2009; Seiffge-Krenke et al., 2009).

La importancia de estudiar los acontecimientos estresantes en la niñez y la adolescencia se deriva de las implicaciones negativas que supone su ocurrencia. Se han asociado con la aparición de problemas depresivos, ansiosos, conductuales, etc. (Carter, Garber, Ciesla y Cole, 2006; Cheng y Li, 2010; Cohen et al., 1987; Compas et al., 1987; Ferreira, Granero, Noorian, Romero y Doménech-Llaberia, 2012; Heredia-Ancona et al., 2011; Johnson, Whisman, Corley, Hewitt y Rhee, 2012; Kim, Conger, Elder y Lorenz, 2003; Larson y Ham, 1993; Oliva, Jiménez y Parra, 2009; Pettit et al., 2010; Rowlison y Felner, 1988; Sanz Rodríguez et al., 2009; Sontag, Graber y Clemans, 2011; Sund, Larsson y Wichström; 2003; Swearingen y Cohen, 1985a,1985b; Willemen, Koot, Ferninand, Goossens y Schuengel, 2008). A la hora de valorar los acontecimientos como estresantes o negativos hay que tener en cuenta la edad de la persona que lo sufre, el momento y el contexto en el que suceden, la manera en que el chico o la chica vive esa situación y las estrategias de afrontamiento disponibles para poder entender cómo los estresores impactan en la psicología del individuo (Compas, 1987a, 1987 b; King, Molina y Chassin, 2009; McMahon et al., 2003).

En la adolescencia, el entorno familiar juega un papel importante. Los adolescentes pueden verse obligados a hacer frente tanto a los sucesos normativos propios de su edad como a otros acontecimientos poco frecuentes pero graves que pueden acarrear un impacto emocional. Los bajos ingresos familiares, las situaciones de empleo inestable o desempleo de los padres, las deudas y pérdida de ingresos económicos familiares (Brady, Dolcini, Harper y Pollack, 2009; Heredia-Ancona et al., 2011; Hussong et al.,

2008; Lee, Wickrama y Simons, 2013; Sund et al., 2003), la enfermedad de uno de los padres como cáncer, alcoholismo, enfermedad mental, etc. (Compas et al., 2010; Compas, Worsham, Ey y Howell, 1996; Grant y Compas, 1995; Harkness, Bruce y Lumley, 2006; Hussong et al., 2008; Lorence Lara, Jiménez García y Sánchez Hidalgo, 2009; Pedersen y Revenson, 2005; Sanz Rodríguez et al., 2009), las peleas o discusiones con los padres y con los hermanos (Heredia-Ancona et al., 2011; Larson y Ham, 1993; Lorence Lara et al., 2009; Sanz Rodríguez et al., 2009), la muerte de uno de los padres y el divorcio (Hussong et al., 2008; Lorence Lara et al., 2009; Luecken, Kraft, Appelhans y Enders, 2009; Taylor y Weems, 2009; Sanz Rodríguez et al., 2009; Sund et al., 2003). Estas situaciones introducen cambios en el sistema familiar teniendo los adolescentes que hacer frente a responsabilidades y tareas que nos les corresponderían por edad como, por ejemplo, el cuidado de sus hermanos menores.

Otros sucesos valorados como estresantes por los adolescentes son los del ámbito escolar y de las relaciones interpersonales con sus iguales. Entre los sucesos escolares considerados como estresantes están el cambio de colegio o instituto, el ser expulsado, el obtener bajas calificaciones y el tener acciones disciplinarias. Los sucesos relacionados con los compañeros e iguales que se suelen citar son la ruptura sentimental, el pelearse con los amigos y con compañeros y el embarazo (Bowker et al., 2000; Carter et al., 2006; Heredia-Ancona et al., 2011; Hussong et al., 2008; Jiménez, Menéndez y Hidalgo, 2008; Larson y Ham, 1993; Lorence Lara et al., 2009; Monroe, Rohde, Seeley y Lewinsohn, 1999; Oliva, Jiménez, Parra y Sánchez-Queija, 2008; Sanz Rodríguez et al., 2009; Sund et al., 2003; Wright et al., 2010).

En muestras con adolescentes españoles se ha encontrado que los estresores más frecuentes eran los relacionados con el contexto escolar (el cambio de de compañeros de clase, la repetición de curso y cambio de centro escolar), la muerte de un familiar y la ruptura de una relación de pareja. En cuanto al impacto emocional, los acontecimientos más estresantes valorados fueron el fallecimiento de un familiar, las discusiones y la ruptura con el mejor amigo, la enfermedad de un familiar, el engaño o la traición de la pareja o el haber sufrido acoso o abuso sexual, el embarazo propio o de la pareja y un problema de salud mental de un familiar (Jiménez et al., 2008; Lorence Lara et al., 2009; Oliva et al., 2008; Sanz Rodríguez et al., 2009).

Todos estos sucesos del ámbito familiar, escolar y de las relaciones interpersonales pueden conducir a un incremento de las contrariedades diarias experimentadas por los jóvenes. Por ejemplo, el embarazo adolescente supone un mayor número de peleas y discusiones con los padres, preocupaciones económicas, etc. (Rowlison y Felner, 1988).

Se han encontrado diferencias de género en la experimentación de algunos sucesos estresantes. Aunque hay estudios que señalan que las chicas adolescentes informan de más sucesos estresantes que los chicos (Compas, Howell, Phares, Williams y Ledoux, 1989; Seiffge-Krenke et al., 2009), otras investigaciones, en cambio, han encontrado que las chicas no difieren en el número de sucesos estresantes experimentados (Abela y Hankin, 2011; Abela, Parkinson, Stolorow y Starrs, 2009; Calvete, 2011a; Rudolph y Hammen, 1999). Además los sucesos interpersonales negativos son evaluados como más estresantes por las chicas que por los chicos adolescentes (Blankstein y Flett, 1992; Charbonneau, Mezulis y Hyde, 2009; Cohen et al., 1987; Harkness, et al., 2010; Jiménez et al., 2008; Seiffge-Krenke et al., 2009; Sund et al., 2003). Por ejemplo, para las chicas adolescentes el que los padres se peleen entre sí, las discusiones con sus padres, la ruptura de su noviazgo, las discusiones con los amigos y amigas y el romper una relación de amistad son los más estresantes (Jiménez et al., 2008; Lorence Lara, et al., 2009; Towbes, Cohen y Glyshaw, 1989). En el caso de los chicos, el sentirse presionado por los amigos, el haber tenido líos en el colegio y las discusiones con los profesores o el director son más problemáticos (Sund et al., 2003), así como los sucesos asociados con el logro (Crawford, Cohen, Midlarsky y Brook, 2001; Hankin, Mermelstein y Roesch, 2007; Larson y Ham, 1993; Mezulis, Funasaki, Charbonneau y Hyde, 2010; Rose y Rudolph, 2006, para revisión ver Hammen, 2009a, 2009b).

El estudio de los acontecimientos vitales estresantes es un elemento más en la problemática del estrés. Las diferencias individuales en la valoración de la severidad de los estresores reflejan cómo los individuos interpretan y responden a los sucesos. Los individuos interpretan un mismo suceso de formas muy diferentes y su respuesta emocional dependerá de sus experiencias previas, de los mecanismos que desarrolle para su afrontamiento, de su personalidad, del apoyo familiar. Además hay que tener en cuenta el contexto en el que suceden los acontecimientos estresantes, ya que dependiendo de las circunstancias puede servir de amortiguador o de amplificador de la experiencia personal ante la misma como la posibilidad de encontrar referentes

positivos en maestros u otros adultos significativos cercanos de su entorno (Taylor y Weems, 2009).

Factores como las respuestas de afrontamiento desadaptadas o la ineficacia de las mismas están relacionadas con un incremento de la vulnerabilidad para desarrollar síntomas emocionales después de experimentar acontecimientos estresantes, sugiriendo que el ajuste o desajuste emocional no depende enteramente del tipo de suceso experimentado (Eaton y Bradley, 2008; Taylor y Weems, 2009).

1.3. EL AFRONTAMIENTO

La forma cómo las personas intentan manejar el estrés y la adversidad tiene una relevancia importante en la psicología. De hecho, existe un claro interés en el afrontamiento como tema de estudio demostrado por la cantidad de investigaciones realizadas. El período inicial de estudio del afrontamiento comienza en la década de los sesenta, pero es durante las dos décadas siguientes (setenta y ochenta) cuando aparecen numerosas investigaciones que han servido para convertir al afrontamiento en un tema central y distintivo. Synder y Dinoff (1999) recogen que entre los años 1967 y 1983 se escribieron 3.282 artículos relacionados con el afrontamiento. En un período más corto, el comprendido entre 1994 y 1997, fueron publicados 3.760, más de lo que se escribió durante casi dos décadas, lo que demuestra el enorme interés actual de este concepto psicológico. Hoy en día, el número de artículos publicados sobre el afrontamiento alcanza una cifra de 96.744 (en una búsqueda en el EBSCO sobre la palabra “coping”). Este interés también se ha reflejado con el afrontamiento en adolescentes, ya que durante la década comprendida entre 1999 y 2009 fueron publicados 2.072 artículos (Seiffge-Krenke, 2011).

La investigación sobre el afrontamiento demuestra que la forma en que los individuos responden y manejan el estrés es una combinación de múltiples factores. Así, una adaptación exitosa al estrés incluye las maneras que el individuo utiliza para manejar sus emociones, para pensar constructivamente, para regular y dirigir su conducta, para controlar su activación automática y para actuar en ambientes sociales y no sociales intentado alterar o disminuir las fuentes de estrés (Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen y Wadsworth, 2001). El propósito de estudiar las estrategias de afrontamiento es comprender cómo las personas difieren en sus respuestas al estrés y cómo sus diferentes respuestas están relacionadas con el bienestar (Aldwin, 1994). El

modo en que las personas manejan el estrés puede ampliar o reducir las emociones de malestar e incluso influir en el desarrollo de un trastorno mental o de salud a largo plazo. El desarrollo de las estrategias de afrontamiento del estrés durante la adolescencia es importante por la relación que existe con el bienestar físico y emocional y con las relaciones interpersonales y el funcionamiento académico (Compas et al., 2001).

1.3.1. DIFERENTES ENFOQUES CONCEPTUALES DEL AFRONTAMIENTO

En la investigación sobre el afrontamiento han existido diferentes enfoques o modelos existiendo un reconocimiento de que hay diferencias individuales en las reacciones frente al estrés. Esto es, los efectos del estrés pueden variar en las diferentes personas.

Desde la psicología cognitiva han sido varios modelos los que intentan explicar el afrontamiento. La definición más ampliamente citada del afrontamiento es la realizada por Lazarus y Folkman (1986), derivada de su modelo de estrés. Definieron 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). El afrontamiento es visto como un proceso dinámico que cambia en respuesta a las demandas cambiantes del suceso estresante. Estos autores diferencian entre el afrontamiento dirigido a solucionar los aspectos problemáticos de la situación (afrontamiento centrado en el problema) y el dirigido a disminuir las emociones negativas que surgen como resultado del estrés (afrontamiento centrado en la emoción).

Otro modelo de afrontamiento más preocupado por la niñez y adolescencia es el de Weisz y sus colaboradores (Band y Weisz, 1988; Rudolph, Dennig y Weisz, 1995; Weisz, McCrabe y Denning, 1994). Este modelo considera el afrontamiento motivacional y dirigido a la meta. Los esfuerzos de afrontamiento están dirigidos a mantener o cambiar el ambiente y la propia persona. El *control primario* es definido como un afrontamiento dirigido a influir en los sucesos o condiciones objetivas y en las emociones. El *control secundario* se refiere al afrontamiento dirigido a adaptarse a las

condiciones actuales y el *abandono* sería la ausencia de cualquier intento de afrontamiento (Rothbaum, Weisz y Snyder, 1982; Rudolph et al., 1995).

Skinner y Wellborn (1994) definen el afrontamiento como la manera en la que las personas regulan su conducta, emociones y orientación bajo condiciones de estrés psicológico. El afrontamiento dirigido a la regulación de la conducta incluye la búsqueda de información y la solución de problemas, la regulación emocional incluye el mantener una visión optimista y la regulación de orientación incluye la evitación. El modelo de Skinner difiere del de Lazarus y Folkman en que el afrontamiento incluye tanto las respuestas voluntarias como respuestas involuntarias o automáticas para manejar las amenazas a la competencia, autonomía o relaciones sociales (Skinner, 1995; Skinner y Zimmer-Gebeck, 2007).

Eisenberg y sus colaboradores definen el afrontamiento como un proceso de auto-regulación (Eisenberg, Fabes y Guthrie, 1997). Según estos autores las personas regulan su conducta y sus emociones en un proceso continuo y el afrontamiento se refiere específicamente a la auto-regulación que la persona hace frente al estrés. Distinguen tres aspectos de la auto-regulación: los intentos directos para regular la emoción (*afrontamiento dirigido a la emoción o regulación emocional*), los intentos para regular la situación (*afrontamiento dirigido al problema*) y los intentos para regular la conducta dirigida por la emoción (*regulación conductual*). Estos autores señalan que, a pesar de que el afrontamiento y la regulación emocional son procesos que implican un esfuerzo, el afrontamiento no siempre es consciente e intencional. Así, coinciden con Skinner al señalar que el afrontamiento incluye las respuestas voluntarias y las automáticas.

Otro modelo es el de Compas y sus colaboradores (Compas, 1987a; Compas et al., 2001) quienes consideran el afrontamiento como un aspecto dentro de un conjunto de procesos de auto-regulación de respuesta al estrés. Definen el afrontamiento como los esfuerzos conscientes y voluntarios para regular la emoción, la cognición, la conducta, la fisiología y el ambiente en respuesta a circunstancias o sucesos estresantes (Compas et al., 2001). Estos procesos de regulación tienen en cuenta y a su vez están limitados por el desarrollo biológico, cognitivo, social y emocional del individuo. El nivel de desarrollo del individuo contribuye a qué recursos están disponibles y limita las clases de respuesta de afrontamiento que puede poner en marcha. El afrontamiento como un

aspecto dentro del proceso de auto-regulación incluye los esfuerzos voluntarios e intencionales dirigidos a responder al estrés.

La revisión anterior muestra que un aspecto importante en la conceptualización del afrontamiento ha sido la diferenciación entre las respuestas al estrés que implican los esfuerzos conscientes y voluntarios del individuo y las respuestas automáticas, que no están bajo en control consciente. La diferenciación entre ambos tipos de respuestas es importante, ya que las respuestas voluntarias son aquellos pensamientos y conductas que son controladas por la persona y las respuestas involuntarias no son controladas por la persona (Skinner, 1995; Skinner y Zimmer-Gebeck, 2007). Pero ambos tipos de respuestas (voluntarias e involuntarias) se influyen mutuamente.

1.3.2. DIMENSIONES DEL AFRONTAMIENTO

Aunque a día de hoy todavía existe poco consenso sobre las dimensiones o categorías que mejor discriminan o clasifican las estrategias de afrontamiento en niños y adolescentes, la investigación del afrontamiento en esta edad es importante por dos motivos. El primero porque el estrés es un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos psicológicos y emocionales en esta etapa evolutiva y la manera en que los niños y los adolescentes manejan el estrés tiene relación con el ajuste psicológico presente y futuro. Un segundo motivo consiste en que el desarrollo de las habilidades de afrontamiento puede contribuir a mejorar las intervenciones y tratamientos en numerosos problemas psicológicos (Estévez, Oliva y Parra, 2012; García, 2010; Grant et al., 2003).

En un estudio llevado a cabo por Skinner, Edge, Altman y Sherwood (2003) en el que examinaron más de 100 sistemas de categorización del afrontamiento, no hallaron dos que incluyeran el mismo grupo de categorías. Esta falta de consenso sobre las categorías del afrontamiento ha ralentizado el progreso en este campo de estudio, sobre todo por la dificultad que entraña el no poder comparar los resultados de las diferentes investigaciones. En esta misma línea Compas et al. (2001) señalan que *“a pesar de la necesidad clara para distinguir entre las dimensiones o subtipos de afrontamiento, existe poco consenso sobre las dimensiones o categorías que mejor discriminan entre las diferentes estrategias en la infancia y adolescencia”* (p. 5).

De las diferentes clasificaciones del afrontamiento existentes, algunas de las más utilizadas son el afrontamiento centrado en el problema y centrado en la emoción (Lazarus y Folkman, 1986), el afrontamiento activo, pasivo y acomodativo (Walker, Smith, Garber y Van Slyke, 1997), el afrontamiento activo, el apoyo social, la distracción y evitación (Ayers, Sandler, West y Roosa, 1996; para revisión ver Compas et al., 2001).

Para intentar solucionar la falta de consenso en las categorías del afrontamiento en adolescentes, Compas y colaboradores (Compas et al., 2001; Connor-Smith et al., 2000) propusieron una clasificación jerárquica del afrontamiento que incluía muchas de las categorías previas. Su modelo enfatiza la importancia de evaluar un amplio abanico de respuestas al estrés incluyendo tanto las respuestas voluntarias como las reacciones involuntarias o automáticas.

En este modelo se incluyen 10 categorías de respuestas voluntarias al estrés organizadas en una jerarquía de tres factores o dimensiones de afrontamiento. El *afrontamiento de implicación de control primario* dirigido a cambiar la situación estresante negativa y a manejar las emociones relacionadas e incluye las estrategias de solución de problemas, la regulación emocional y la expresión emocional. El *afrontamiento de implicación de control secundario* implica los esfuerzos para adaptarse a una situación negativa e incluye el pensamiento positivo, la reestructuración cognitiva y la aceptación. El *afrontamiento de distanciamiento* incluye la evitación, la negación, el pensamiento de deseo y la distracción. Además, el instrumento propuesto (*Responses to Stress Questionnaire*, RSQ, Connor-Smith et al., 2000) evalúa también las respuestas involuntarias al estrés. En las *respuestas involuntarias de implicación* incluyen los pensamientos intrusivos, la rumiación, la activación emocional, la activación fisiológica y la conducta impulsiva. En las *respuestas involuntarias de distanciamiento* incluyen el entumecimiento emocional, la interferencia cognitiva, el escapismo y la inacción. Este modelo fue validado posteriormente para estudiantes españoles (Connor-Smith y Calvete, 2004), encontrándose que la estructura era equivalente en la muestra española y norteamericana.

Otros autores han propuesto agrupaciones algo diferentes (Estévez et al., 2012; García, 2011; Seiffge-Krenke, 2011; Seiffge-Krenke et al., 2009). Por una parte están las estrategias de afrontamiento dirigidas a modificar directamente los sucesos

estresantes. Éstas implican realizar acciones que cambien las circunstancias. Aquí puede ser incluido el afrontamiento centrado en el problema (Lazarus y Folkman, 1986), el afrontamiento activo (Ayers et al., 1996; Walker et al., 1997), el afrontamiento interno (Seiffge-Krenke et al., 2009), la resolución de problemas, el afrontamiento de implicación de control primario (Compas et al., 2001; Estévez et al., 2012). En un segundo grupo están las estrategias de afrontamiento encaminadas a mantener el equilibrio afectivo y regular las propias emociones. Entre otras, estarían incluidas el afrontamiento centrado en la emoción (Lazarus y Folkman, 1986), la búsqueda de apoyo social, el afrontamiento de implicación de control secundario (Compas et al., 2001; Estévez et al., 2012). Un tercer grupo está compuesto por aquellas estrategias de afrontamiento que implican un alejamiento del estresor y de las propias emociones y pensamientos. Aquí se incluirían el afrontamiento de evitación, el afrontamiento pasivo, la negación, el retraimiento, el distanciamiento (Compas et al., 2001; Estévez et al., 2012; Seiffge-Krenke 2011).

No todas las categorías y estrategias de afrontamiento están presentes en todas las edades. Es decir, el tipo de estresor y el nivel de desarrollo evolutivo del niño y adolescente juegan un papel importante en las estrategias de afrontamiento utilizadas (Compas et al., 2001; Skinner y Zimmer-Gebeck, 2007). De hecho, el afrontamiento está influido evolutivamente por la aparición de las capacidades cognitivas y conductuales como son el pensamiento representacional, el lenguaje, la metacognición y la capacidad de demora, que permitirán poner en juego las diferentes estrategias en una situación estresante.

Las estrategias de afrontamiento no son excluyentes, sino que se influyen (Snyder y Dinoff, 1999; Skinner et al., 2003). Todas las categorías representan aspectos complementarios del proceso de afrontamiento; ninguna de ellas por sí sola es suficiente para explicar todas las respuestas de afrontamiento, ya que cada una de las categorías representa una parte del proceso multidimensional. El afrontamiento no es una respuesta específica, sino un constructo organizacional que abarca lo que hace el individuo para manejar las experiencias estresantes (Skinner et al., 2003). Como también señalan Connor-Smith y colaboradores (Connor-Smith et al., 2000), *“la mayoría de los individuos utilizan estrategias de afrontamiento múltiples y los altos niveles de estrés son asociados con estrategias de afrontamiento de todas las clases”* (p. 983).

Las orientaciones de las revisiones de los estudios sobre el afrontamiento en niños y adolescentes indican la importancia de utilizar instrumentos de medida desarrollados específicamente para los adolescentes que hayan demostrado fiabilidad y validez y que sean significativos para un amplio abanico de contextos sociales y culturales. También señalan la importancia de utilizar diseños longitudinales, ya que la mayoría de los estudios realizados han sido transversales y éstos no capturan la variabilidad de las conductas de afrontamiento en el tiempo, la experiencias y el contexto social (García, 2011; Seiffge-Krenke, 2011). La adolescencia es un período durante la cual los individuos aprenden cómo afrontar situaciones vitales y las estrategias de afrontamiento pueden variar en función de los problemas a los que se enfrenten (Auerbach, Abela, Zhu y Yao, 2010; Zimmer-Gembeck y Skinner, 2011).

1.3.3. AFRONTAMIENTO Y AJUSTE PSICOLÓGICO

Una de las áreas de la investigación del afrontamiento en adolescentes que más ha preocupado o más interés ha suscitado ha sido la relación entre el afrontamiento y el ajuste psicológico. Numerosos estudios han intentado relacionar la efectividad del afrontamiento en el ajuste psicológico, es decir, el grado en que los esfuerzos del afrontamiento son efectivos para reducir el estrés y mejorar el ajuste psicológico (Compas et al., 2001).

La asociación entre el ajuste psicológico y el afrontamiento ha sido examinada en referencia a una amplia variedad de estresores como la enfermedad, el dolor, el conflicto parental, las dificultades económicas familiares, el divorcio, la enfermedad de los padres, la relación con los iguales y el estrés académico. Y en relación a los síntomas psicológicos éstos han sido agrupados en categorías más amplias como problemas conductuales y emocionales internalizantes y externalizantes y la competencia social y académica.

En la revisión llevada a cabo por Compas y colaboradores (Compas et al., 2001) concluyeron que el afrontamiento de implicación y el centrado en el problema están asociados con un mejor ajuste psicológico y el afrontamiento de distanciamiento y el centrado en la emoción con un peor ajuste psicológico, sobre todo con problemas internalizantes y externalizantes y baja competencia social (Compas et al., 2001). En concreto, las estrategias que estaban asociadas a un peor ajuste eran la evitación cognitiva y conductual, el aislamiento social, la aceptación resignada, la ventilación o

descarga emocional, el pensamiento de deseo, la auto-culpabilización y la auto-crítica (Compas et al., 2001). Sin embargo, estudios posteriores han arrojado resultados mixtos sobre el papel de estos tipos de afrontamiento, no confirmando totalmente esta asunción general.

En general, se considera que las estrategias de afrontamiento centradas en el problema están asociadas con un mejor ajuste emocional y con un funcionamiento más adaptativo (Aspinwall y Taylor, 1992; Ben-Zur, 2009; Compas, Malcarne y Fondacaro, 1988; Rafnsson, Jonsson, y Windle, 2006; Seiffge-Krenke, 2011). En cambio, las estrategias centradas en la emoción (e.g., preocuparse, auto-inculparse, hablar de las emociones negativas) están asociadas con problemas emocionales, conductuales y sociales (Aldwin y Revenson, 1987; Aspinwall y Taylor, 1992; Carver y Scheier, 1994; Compas et al., 1988; Compas et al., 1996; Coyne y Racioppo, 2000; Rafnsson et al., 2006; Seiffge-Krenke et al., 2001; Watson y Sinha, 2008) y con el uso de alcohol y drogas (Patterson y McCubbin, 1987; Rafnsson et al., 2006; Windle y Windle, 1996). Además, el afrontamiento centrado en la emoción es un predictor del afecto depresivo (para revisión ver Ben-Zur, 2009; Rafnsson et al., 2006).

Aunque, en general, la utilización de un afrontamiento centrado en el problema promueve el bienestar psicológico y físico, también existen investigaciones que han obtenido resultados diferentes. Por ejemplo, en competencias deportivas algunas de las estrategias centradas en el problema están relacionadas con el afecto negativo (para revisión ver Ben-Zur, 2009). Tampoco se ha asociado a una disminución de los síntomas de estrés postraumático ante un suceso estresante como la muerte de un ser querido (Schnider, Elhai y Gray, 2007). Incluso está relacionado con un incremento de los síntomas depresivos en adolescentes cuando se enfrentan a estresores sociales (Calvete, Cámara, Estévez y Villardón, 2011). Asimismo, en niños víctimas de acoso escolar (bullying) no resulta ser una estrategia adaptativa, ya que aumenta el rechazo social y los síntomas ansioso-depresivos (Kochenderfer-Ladd y Skinner, 2002). Estas diferentes conclusiones sugieren que el afrontamiento centrado en el problema tiene consecuencias diferentes bajo distintas circunstancias.

En cuanto a la clasificación de afrontamiento de control primario, secundario y distanciamiento, parece que la utilización de afrontamiento de implicación de control primario y secundario por parte de los adolescentes hace que presenten menos síntomas

internalizantes y externalizantes (Compas et al., 2001; Connor-Smith et al., 2000; Connor-Smith y Compas, 2002; Wadsworth y Compas, 2002). En general, las estrategias de control primario como la solución de problemas pueden ser más beneficiosas en respuesta a situaciones controlables, como los exámenes y problemas económicos y menos adaptativas en situaciones incontrolables como es la ruptura amorosa o una enfermedad (Compas et al., 2001; Compas et al., 2006; Skinner et al., 2003) o con estresores severos (para revisión ver Seiffge-Krenke, 2011). Sin embargo, también se han encontrado resultados inconsistentes con respecto al afrontamiento de control primario. Así, en lugar de relacionarse con bajos niveles de síntomas, algunos estudios encuentran que está asociado con mayores niveles de ansiedad/depresión y conducta agresiva (Calvete et al., 2011; Calvete y Connor-Smith, 2006).

Por otro lado, la utilización de estrategias de control secundario (aceptación, reevaluación cognitiva, pensamiento positivo y pensamientos y conductas distractoras positivas) está relacionada con menos síntomas internalizantes y externalizantes en adolescentes (Connor-Smith et al., 2000; Wadsworth y Compas, 2002) y en niños con padres depresivos (Compas et al., 2010), con un descenso de los síntomas depresivos (Calvete et al., 2011) y con menores síntomas ansioso-depresivos y quejas somáticas en adolescentes con dolor crónico (Compas et al., 2006; Thomsen et al., 2002).

El afrontamiento de distanciamiento o evitativo está relacionado con una peor adaptación. En los adolescentes, las estrategias evitativas están relacionadas con problemas internalizantes y externalizantes (Bowker et al., 2000; Compas et al., 2001; Connor-Smith et al., 2000; Cooper, Wood, Orcutt y Albino, 2003; Coyne y Racioppo, 2000; Kotchick, Forehand, Armistead, Klein y Wierson, 1996; Rafnsson et al., 2006; Schnider et al., 2007; Seiffge-Krenke, 2004; Watson y Sinha, 2008). Incluso se considera como un factor de riesgo para el consumo de sustancias entre adolescentes (Gómez Fraguera, Luengo-Martín, Romero-Triñanes, Villar-Torres, y Sobral-Fernández, 2006; Wills, Sandy, Yaeger, Cleary y Shinar, 2001; Windle y Windle, 1996).

Inconsistencias similares a las otras estrategias de afrontamiento también se han encontrado para la relación entre el afrontamiento de distanciamiento y el ajuste emocional. Algunas conductas de evitación como involucrarse en actividades de entretenimiento (e.g., salir con otros amigos, dar una vuelta) están inversamente

relacionadas con la ansiedad y con el ánimo depresivo (Lyons, Leon, Roecker Phelps y Dunleavy, 2010; Rafnsson et al., 2006). La evitación de situaciones de riesgo es una estrategia adaptativa en un vecindario peligroso (Gaylord-Harden, Gipson, Mance y Grant, 2008).

Las estrategias de implicación/activas son menos útiles y el afrontamiento de distanciamiento/evitativo menos perjudicial en contextos incontrolables (Compas et al., 2001) y con estresores severos. Esto puede ser debido a que las estrategias de afrontamiento que son efectivas bajo unas óptimas condiciones pueden ser menos efectivas o incluso inadaptadas en contextos con estrés severo o crónico (Gaylord-Harden et al., 2008). Además, la evitación puede ayudar a la persona a regular inicialmente sus emociones negativas y puede estar asociada a resultados positivos si después se combina con un afrontamiento centrado en el problema (Rafnsson et al., 2006).

Durante períodos cortos de tiempo y con estresores incontrolables, las estrategias de distanciamiento como la negación o la evitación pueden ser útiles distrayendo a la persona en la situación estresante, permitiéndole tener tiempo para descansar o tomarse un respiro o pensar sobre ello o emprender otras tareas. No obstante, a largo plazo este estilo es perjudicial porque no cambia la situación y puede hacer que el individuo desconecte del problema, no disminuya el estrés ni el afecto negativo (Ben-Zur, 2009; Rafnsson et al., 2006) e incluso pueda ser un factor de riesgo para desarrollar problemas internalizantes (Bowker et al., 2000; Seiffge-Krenke, 2004).

Como resumen se puede concluir que las estrategias de afrontamiento no son completamente beneficiosas o perjudiciales. Aunque el afrontamiento centrado en el problema, de implicación de control primario y secundario pronostican mejores resultados en el ajuste emocional y en la salud física y el afrontamiento de distanciamiento y el centrado en la emoción predicen peores resultados (Compas et al., 2001), no se pueden dar resultados definitivos ni concluyentes, ya que se han hallado también resultados inconsistentes, anteriormente mencionados. No existe, por tanto, una pauta general e universal sobre el papel de los diferentes tipos de afrontamiento. Además, las conductas de afrontamiento se valoran en términos de frecuencia de utilización y está comprobado que las personas tienden a utilizar diferentes tipos de

estrategias de afrontamiento ante situaciones estresantes, a veces con independencia de su efectividad o no (Gaylord-Harden et al., 2008).

La flexibilidad a la hora de utilizar las diferentes estrategias de afrontamiento en las situaciones estresantes permite a las personas evaluar los pros y los contras de cada una de las alternativas pensadas para manejar el problema. Así, ante una situación estresante las personas pueden pensar o llevar a cabo maneras diferentes de eliminar o minimizar el estrés y sus emociones. Enfrentarse a los estresores diarios requiere la utilización de varias estrategias de afrontamiento o una combinación de ellas (Roesch, Duangado, Vaughn, Aldridge y Villodas, 2010).

1.3.3.1. AFRONTAMIENTO Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS

En la relación del afrontamiento al estrés y los síntomas depresivos en los adolescentes no encontramos un consenso generalizado sobre las estrategias que están asociadas a menores niveles de sintomatología depresiva, existiendo incluso algunas contradicciones.

Con respecto al afrontamiento centrado en el problema, los estudios transversales indican que está asociado a menos síntomas depresivos en los adolescentes que afrontan situaciones estresantes familiares y sociales (Ben-Zur, 2009; Erdur-Baker, 2009; Jose y Huntsinger, 2005; Li, DiGiuseppe y Froh, 2006; Merlo y Lakey, 2007; Pinquart y Silbereisen, 2008; Rafnsson et al., 2006; Walker et al., 1997). Sin embargo, con adolescentes deprimidos este estilo de afrontamiento está asociado a un incremento de los síntomas depresivos (Chan, 2012). Esto quizás es debido a que es necesaria una actitud de que los problemas pueden solucionarse y creer en las propias capacidades de cada uno, actitud que no poseen los adolescentes deprimidos.

Algunos estudios longitudinales también muestran resultados diferentes. Se ha encontrado que esta estrategia no disminuye las síntomas depresivos (Estévez et al., 2012; Shelton y Harold, 2007) e incluso se relaciona con síntomas depresivos ante presiones académicas y dificultades interpersonales (Barker, 2007).

Las investigaciones transversales sobre el afrontamiento activo (solución de problemas, reestructuración cognitiva, búsqueda de apoyo social) indican un mejor ajuste emocional con disminución de los síntomas depresivos (De Boo y Spiering, 2010; Haghighatgou y Peterson, 2001; Meehan, Peirson y Fridjhon, 2007; Mosher y Prellow,

2007; Nicolotti, El-Sheikh y Whitson, 2003). Sin embargo, en estudios longitudinales, su utilización se ha asociado con menos síntomas depresivos (Gaylord-Harden, Taylor, Campbell, Kesselring y Grant, 2009) pero también se ha encontrado que no hay una disminución de los síntomas depresivos (Murberg y Bru, 2005). Estos resultados divergentes pueden ser debidos a la diferente categorización de las estrategias de afrontamiento utilizadas en los que se incluyen estrategias distintas en la misma categoría (Murberg y Bru, 2005). Ver Tabla 1.

Tabla 1. AFRONTAMIENTO Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN LOS ADOLESCENTES

ESTUDIO	POBLACIÓN	EDAD	TIPO DISEÑO	AFRONTAMIENTO	RESULTADO EN SÍNTOMAS DEPRESIVOS		
Barakat et al. (2007)	52 adolescentes 38.5% chicos 61.5% chicas	Edad: 12 - 18 años	Transversal	<i>The Coping Strategies Questionnaire-Revised Sickle Cell Disease Version for Children (Gil et al., 1991)</i>			
				Pensamiento negativo (Afrontamiento evitativo)	Más síntomas depresivos		
Ben-Zur (2009)	140 adolescentes 47.9% chicos 52.1 % chicas	Edad media: 16.50 años	Transversal	<i>COPE Scale (Carver et al., 1989)</i>			
				Afrontamiento centrado en el problema	Menos síntomas depresivos		
				Afrontamiento centrado en la emoción	Más síntomas depresivos		
				Apoyo emocional	Menos síntomas depresivos		
				Afrontamiento evitativo	Más síntomas depresivos		
Calvete y Connor-Smith (2006)	Muestra americana 349 jóvenes 92 hombres 26.4% 251 mujeres71.9%	Edad: 18 - 28 años	Transversal	<i>Response to Stress Questionnaire (RSQ; Connor-Smith et al., 2000)</i>			
				Afrontamiento de control primario	Más síntomas depresivos		
				Afrontamiento de control secundario	Menos síntomas depresivos		
				Afrontamiento de distanciamiento	Más síntomas depresivos		
	Muestra española 437 jóvenes						

ESTUDIO	POBLACIÓN	EDAD	TIPO DISEÑO	AFRONTAMIENTO	RESULTADO EN SÍNTOMAS DEPRESIVOS
	61 hombres 14% 375 mujeres 85.89%				
Chan (2012)	326 adolescentes 160 chicos 49.1% 166 chicas 50.9%	Edad: 8 - 14 años	Transversal	<i>Coping Scale (Causey y Dubow, 1992)</i> Apoyo social de compañeros y familiares Afrontamiento centrado en la emoción (afrontamiento internalizante) Solución de problemas	<i>Menos síntomas depresivos</i> <i>Más síntomas depresivos</i> <i>Más síntomas depresivos</i>
Compas et al. (2006)	164 adolescentes 45.1% chicos 54.9% chicas	Edad: 11 - 18 años Edad media: 13.7 años	Transversal	<i>Responses to Stress Questionnaire.</i> <i>(RSQ; Connor-Smith et al., 2000)</i> Afrontamiento de control primario Afrontamiento de control secundario Afrontamiento de distanciamiento	<i>No relación síntomas depresivos</i> <i>Menos síntomas depresivos</i> <i>Más síntomas depresivos</i>

ESTUDIO	POBLACIÓN	EDAD	TIPO DISEÑO	AFRONTAMIENTO	RESULTADO EN SÍNTOMAS DEPRESIVOS
Connor-Smith et al. (2000)	Muestra 1 437 adolescentes 31% chicos 69% chicas	Edad: 16 - 19 años	Transversal	<i>Responses to Stress Questionnaire (RSQ; Connor-Smith et al., 2000)</i>	
		Edad media: 18.2 años			
	Muestra 2 364 adolescentes 44% chicos 56% chicas	Edad: 12 - 18 años		Afrontamiento de control primario	<i>Menos síntomas depresivos</i>
		Edad media: 14.7 años		Afrontamiento de control secundario	<i>Menos síntomas depresivos</i>
				Afrontamiento de distanciamiento	<i>Más síntomas depresivos</i>
				Afrontamiento de implicación involuntaria	<i>Más síntomas depresivos</i>
	Muestra 3 82 adolescentes 30% chicos 70% chicas	Edad: 11 -n17 años			
		Edad media: 13.4 años			
De Boo y Spiering (2010)	404 niños 185 niños 45.8% 219 niñas 54.2%	Edad media: 10.7 años	Transversal	<i>The Children's Coping Strategies Checklist-Revised1 (CCSC-R; Ayers y Sandler, 1999)</i>	
				Solución de problemas activa	<i>Menos síntomas depresivos</i>
				Estrategias evitativas	<i>Más síntomas depresivos</i>
				Búsqueda apoyo social	<i>No disminución de síntomas depresivos</i>

ESTUDIO	POBLACIÓN	EDAD	TIPO DISEÑO	AFRONTAMIENTO	RESULTADO EN SÍNTOMAS DEPRESIVOS
Erdur-Baker (2009)	250 adolescents	Edad: 13 - 18 años	Transversal	<i>Responses to Depression Questionnaire (Nolen-Hoeksema y Morrow, 1991)</i>	
	141 chicos 56.6%				
	108 chicas 43.4%, 1 no recogido	Edad media: 15.37 años		Solución de problemas Rumiación	Menos síntomas depresivos Más síntomas depresivos
Fear et al. (2009)	108 adolescents	Edad: 9 - 15 años	Transversal	<i>Responses to Stress Questionnaire (RSQ; Connor-Smith et al., 2000)</i>	
	50 chicos 46.3%				
	58 chicas 53.7%	Edad media: 11.54 años		Afrontamiento de control primario Afrontamiento de control secundario Afrontamiento de distanciamiento	Menos síntomas depresivos Menos síntomas depresivos No relación síntomas depresivos
Haghighatgou y Peterson (2001)	568 adolescents	Edad media: 15.6 años	Transversal	<i>Ways of Coping Questionnaire (Aldwin, Folkman, Shaefer, Coyne y Lazarus, 1980)</i>	
	318 chicos 56%				
	250 chicas 44%			Afrontamiento activo Afrontamiento pasivo	Menos síntomas depresivos Más síntomas depresivos
Jaser et al. (2011)	72 adolescents	Edad; 11 - 14 años	Transversal	<i>Responses to Stress Questionnaire (RSQ; Connor-Smith et al., 2000)</i>	
	50% chicos				
	50% chicas	Edad media: 12.2 años		Afrontamiento de control primario Afrontamiento de control secundario Afrontamiento de distanciamiento	Menos síntomas depresivos Menos síntomas depresivos Más síntomas depresivos
Jaser et al. (2008)	72 adolescents	Edad: 11 - 14	Transversal	<i>Responses to Stress Questionnaire (RSQ; Connor-Smith et al., 2000)</i>	

ESTUDIO	POBLACIÓN	EDAD	TIPO DISEÑO	AFRONTAMIENTO	RESULTADO EN SÍNTOMAS DEPRESIVOS
Jaser et al. (2005)	36 chicos 50%	años	Transversal	Afrontamiento de control secundario	<i>Menos síntomas ansiosos, depresivos y agresivos</i>
	36 chicas 50%	Edad media: 12.2 años		Afrontamiento de distanciamiento	<i>No se especifica</i>
				Afrontamiento de implicación involuntaria (activación emocional y fisiológica, rumiación)	<i>Más síntomas ansiosos, depresivos y agresivos</i>
	78 adolescentes	Edad: 10 - 16 años		<i>Responses to Stress Questionnaire (RSQ; Connor-Smith et al., 2000)</i>	
	51% chicos			Afrontamiento de control primario	<i>No se especifica</i>
	49% chicas	Edad media: 12.8 años		Afrontamiento de control secundario	<i>Menos síntomas ansiosos, depresivos y agresivos</i>
				Afrontamiento de distanciamiento	<i>No se especifica</i>
				Afrontamiento de implicación involuntaria (activación emocional y fisiológica, rumiación)	<i>Más síntomas ansiosos, depresivos y agresivos</i>
				Afrontamiento de distanciamiento involuntario (entumecimiento emocional, no acción, escape)	<i>Más síntomas depresivos, ansiosos</i>
Jose y Huntsinger (2005)	55 adolescentes chino americanos 28 chicos 51%	Edad media: 16.8 años	Transversal	<i>The Adolescent Coping Efforts Scale (ACES; Taylor y Jose, 1995)</i>	

ESTUDIO	POBLACIÓN	EDAD	TIPO DISEÑO	AFRONTAMIENTO	RESULTADO EN SÍNTOMAS DEPRESIVOS	
Li, DiGiuseppe y Froh (2006)	27 chicas 49%	Edad media: 17.0 años	Transversal	Afrontamiento centrado en el problema	<i>Menos síntomas depresivos</i>	
	58 adolescentes europeos americanos			Afrontamiento centrado en la emoción	<i>Más síntomas depresivos</i>	
				Afrontamiento evitativo	<i>Más síntomas depresivos</i>	
				29 chicos 50%		
	29 chicas 50%					
	246 adolescentes	Edad: 14 - 18 años		<i>Adolescent Coping Scale (ACS; Frydenberg y Lewis, 1993)</i>		
	87 chicos 35.4%					
	159 chicas 64.6%					
					Afrontamiento centrado en el problema	<i>Menos síntomas depresivos</i>
				Afrontamiento distractor	<i>Menos síntomas depresivos</i>	
		Afrontamiento rumiativo	<i>Más síntomas depresivos</i>			
Meehan, Peirson y Fridjhon (2007)	161 adolescentes	Edad: 15 - 18 años	Transversal	<i>Coping Across Situations Questionnaire (CASQ ; Seiffge-Krenke, 1992)</i>		
	78 chicos 48.45%	Edad media: 16.9 años		Afrontamiento activo	<i>Menos ideación suicida</i>	
	83 chicas 51.55%			Afrontamiento interno	<i>No relación con ideación suicida</i>	
				Retraimiento /Negación	<i>Más ideación suicida</i>	
Merlo y Lakey (2007)	174 adolescentes	Edad: 14 - 18 años	Transversal	<i>Coping Strategy Indicator (Amirkhan, 1990)</i>		
	46% chicos	Edad media:		Solución de problemas	<i>Menos síntomas depresivos</i>	

ESTUDIO	POBLACIÓN	EDAD	TIPO DISEÑO	AFRONTAMIENTO	RESULTADO EN SÍNTOMAS DEPRESIVOS
Mosher y Prelow (2007)	54% chicas	15.75 años	Transversal	Búsqueda apoyo social	<i>Menos síntomas depresivos</i>
				Evitación	<i>Más síntomas depresivos</i>
	243 adolescentes	Edad: 15 - 19 años		<i>Children's Coping Strategies Checklist (Ayers, Sandler, West y Roosa, 1996)</i>	
	129 afroamericanos			Afrontamiento activo: reestructuración positiva/solución problemas	<i>Menos síntomas depresivos para ambas etnias</i>
	52 chicos 40.6%			Afrontamiento evitativo	<i>Menos síntomas depresivos sólo para los afroamericanos</i>
	76 chicas 59.4%				
	1 perdida				
	114 euroamericanos				
	54 chicos 47.4%				
	60 chicas 52.6%				
Nicolotti, El-Sheikh y Whitson (2003)	89 niños	Edad: 8 - 11 años	Transversal	<i>Children's coping. The CCSC (Program for Prevention Research, 1991)</i>	
	44 niños 49.4%			Afrontamiento activo	<i>Menos síntomas depresivos para las chicas</i>
	45 niñas 50.6%	Edad media: 9.92 años		Afrontamiento evitativo	<i>Más síntomas depresivos para ambos géneros</i>
				Distracción	<i>Menos síntomas depresivos para ambos géneros</i>
				Apoyo	<i>Menos síntomas depresivos para</i>

ESTUDIO	POBLACIÓN	EDAD	TIPO DISEÑO	AFRONTAMIENTO	RESULTADO EN SÍNTOMAS DEPRESIVOS
					las chicas
Orban et al. (2010)	166 jóvenes	Edad: 13 - 21 años	Transversal	<i>The Kidcope (Spirito et al., 1988)</i>	
	46.4% chicos			<i>Afrontamiento pasivo</i>	Más síntomas depresivos
	53% chicas	Edad media:		<i>Afrontamiento activo</i>	No se especifica
	0.6% transgénero	16.8 años			
Pinquart y Silbereisen (2008)	1975 personas	Edad: 16 - 42 años	Transversal	<i>Coping (Silbereisen et al., 2006)</i>	
	43% hombres			<i>Afrontamiento centrado en el problema</i>	Menos síntomas depresivos
	57% mujeres			<i>Afrontamiento de distanciamiento</i>	Más síntomas depresivos
				<i>Búsqueda apoyo social</i>	No se especifica
Rafnsson, Jonsson y Windle (2006)	1251 jóvenes islandeses	Edad: 17 - 21 años	Transversal	<i>Coping Inventory for Stressful Situations (CISS; Endler y Parker, 1990, 1994, 1999)</i>	
	51% chicos	Edad media:		<i>Afrontamiento centrado en el problema</i>	Menos síntomas depresivos
	49% chicas	18.91 años		<i>Afrontamiento centrado en la emoción</i>	Más síntomas depresivos
	733 adolescentes americanos	Edad media: 16.93 años		<i>Afrontamiento evitativo</i>	Más síntomas depresivos (islandeses)
	48% chicos				
	52% chicas				
Sontag y Graber (2010)	295 adolescentes	Edad media:	Transversal	<i>Responses to Stress Questionnaire (RSQ; Connor-Smith et al., 2000)</i>	

ESTUDIO	POBLACIÓN	EDAD	TIPO DISEÑO	AFRONTAMIENTO	RESULTADO EN SÍNTOMAS DEPRESIVOS
Velázquez et al. (1999)	36.3% chicos 63.7% chicas	12.39 años		<i>Afrontamiento de implicación: control primario y secundario</i>	<i>Menos síntomas depresivos pero sólo en las chicas</i>
				<i>Afrontamiento de distanciamiento</i>	<i>Más síntomas depresivos</i>
				<i>Afrontamiento de distanciamiento involuntario</i>	<i>Más síntomas depresivos</i>
	51 adolescentes 19 chicos 37% 32 chicas 63%	Edad: 13 - 20 años	Transversal	<i>A-COPE (Patterson y Mc-Cubbin, 1981)</i>	
				<i>Estrategias positivas: Sentirse competente y autoestima, búsqueda de apoyo social, percepciones positivas sobre situaciones vitales</i>	<i>Menos síntomas depresivos</i>
				<i>Estrategias negativas: Liberar tensión mediante diversión, leer, ver televisión</i>	<i>Menos síntomas depresivos</i>
Vulic-Prtoric y Macuka, (2006)	331 niños y adolescentes 168 chicos 50.7% 163 chicas 49.3%	Edad: 10 - 16 años Edad media: 13.07	Transversal	<i>Coping Strategies Inventory for Children and Adolescents (SUO)</i>	
				Solución de problemas	<i>No relación síntomas depresivos</i>
				Expresión de sentimientos	<i>Más síntomas depresivos</i>
				Evitación	<i>Más síntomas depresivos</i>
				Distracción	<i>No relación síntomas depresivos</i>
				Apoyo social familiar y de amigos	<i>No relación síntomas depresivos</i>
				Reestructuración cognitiva	<i>No relación síntomas depresivos</i>

ESTUDIO	POBLACIÓN	EDAD	TIPO DISEÑO	AFRONTAMIENTO	RESULTADO EN SÍNTOMAS DEPRESIVOS
Wadsworth y Compas (2002)	364 adolescentes 42% chicos 58% chicas	Edad media: 14.7 años	Transversal	Responses to Stress Questionnaire (RSQ; Connor-Smith et al., 2000)	
				Afrontamiento de control primario	Menos síntomas depresivos
				Afrontamiento de control secundario	Menos síntomas depresivos
				Afrontamiento de distanciamiento	Más síntomas depresivos
Wadsworth et al. (2005)	364 adolescentes 39% chicos 61% chicas	Edad media: 14.5 años	Transversal	Responses to Stress Questionnaire (RSQ; Connor-Smith, et al., 2000)	
				Afrontamiento de control primario	Menos síntomas depresivos
				Afrontamiento de control secundario	Menos síntomas depresivos
				Afrontamiento de distanciamiento	Más síntomas depresivos
				Afrontamiento de implicación involuntaria	Más síntomas depresivos
Wadsworth et al. (2004)	332 adolescentes 43% chicos 57% chicas	Edad: 13 - 18 años	Transversal	Responses to Stress Questionnaire (RSQ; Connor-Smith et al., 2000)	
		Edad media: 16.6 años		Afrontamiento de control primario	Menos síntomas depresivos
		Afrontamiento de control secundario		Menos síntomas depresivos	
		Afrontamiento de distanciamiento		Más síntomas depresivos	
				Afrontamiento de distanciamiento involuntario	No relación síntomas depresivos
Walker et al. (1997)	Muestra 1 688 niños y	Edad: 9 - 16	Transversal	The Pain Response Inventory (PRI; Walker et al., 1997)	

ESTUDIO	POBLACIÓN	EDAD	TIPO DISEÑO	AFRONTAMIENTO	RESULTADO EN SÍNTOMAS DEPRESIVOS
Wang y Gan (2011)	adolescentes	años	Transversal	Afrontamiento pasivo (visión catastrófica)	<i>Más síntomas depresivos</i>
	41% chicos	Edad media:		Afrontamiento activo (solución de problemas)	<i>Menos síntomas depresivos</i>
	59% chicas	11.79 años			
	Muestra 2	Edad: 8 -18 años		Afrontamiento acomodativo (auto-animarse/ distracción-ignorar)	<i>Menos síntomas depresivos</i>
	Pacientes clínicos	Edad media:			
	158 familias	11.92 años			
	44% chicos				
	56% chicas				
	G. terremoto	Edad: 15 - 19 años		<i>COPE Inventory (Carver et al., 1989)</i>	
	219 jóvenes			Afrontamiento de control primario	<i>Menos síntomas depresivos</i>
	77 chicos 36.7%	Edad media : 16.4 años		Afrontamiento de control secundario	<i>Menos síntomas depresivos</i>
	133 chicas 63.3%			Afrontamiento de distanciamiento	<i>Más síntomas depresivos</i>
	G. exámenes	Edad: 15 - 19 años	Longitudinal 4 meses y	<i>Responses to Stress Questionnaire (RSQ; Connor-Smith et al., 2000)</i>	
	241 jóvenes	Edad media:			
	114 chicos 47.5%	16.9 años			
Auerbach et al. (2010)	Muestra canadiense	Edad: 12 - 18			

ESTUDIO	POBLACIÓN	EDAD	TIPO DISEÑO	AFRONTAMIENTO	RESULTADO EN SÍNTOMAS DEPRESIVOS
	150 adolescentes	años	medio	Afrontamiento inadaptado:	<i>Más síntomas depresivos</i>
	46% chicos	Edad media:		Afrontamiento de distanciamiento	
	54% chicas	15.17 años		Afrontamiento de implicación involuntaria	
				Afrontamiento de distanciamiento involuntario	
	Muestra china	Edad: 14 - 19 años	6 meses	Afrontamiento adaptativo:	<i>No se especifica</i>
	397 adolescentes	Edad media:		Afrontamiento de control primario	
Barker (2007)	49.8% chicos	16.18 años		Afrontamiento de control secundario	
	50.2% chicas				
	241 personas	Edad: 17 - 52 años	Longitudinal	<i>COPE Inventory (Carver, Scheier y Weintraub, 1989)</i>	
	36% hombres		8 meses		
	64% mujeres	Edad media: 19 años		Afrontamiento centrado en el problema	<i>Más síntomas depresivos</i>
				Afrontamiento centrado en la emoción	<i>No efecto significativo /irrelevante</i>
Calvete et al. (2011)				Afrontamiento evitativo	<i>Más síntomas depresivos</i>
	978 adolescents	Edad: 14 - 18 años	Longitudinal	<i>Responses to Stress Questionnaire (RSQ; Connor-Smith et al., 2000; Spanish version: Connor-Smith y Calvete, 2004)</i>	
	519 chicos 53.1%		6 meses		
	459 chicas 46.9%	Edad media: 15.80 años		Afrontamiento de control primario	<i>Más síntomas depresivos</i>
				Afrontamiento de control secundario	<i>Menos síntomas depresivos</i>
				Afrontamiento de distanciamiento	<i>Más síntomas depresivos</i>

ESTUDIO	POBLACIÓN	EDAD	TIPO DISEÑO	AFRONTAMIENTO	RESULTADO EN SÍNTOMAS DEPRESIVOS
Compas et al. (2010)	111 niños y adolescentes	Edad: 9 - 15 años	Longitudinal 6 - 12 meses	<i>Responses to Stress Questionnaire (RSQ; Connor-Smith et al., 2000)</i>	
	47 chicas 42%	Edad media:		Programa de intervención cognitivo-conductual de enseñanza de estrategias de afrontamiento de control secundario (aceptación, pensamiento positivo, reestructuración cognitiva, distracción)	<i>Menos síntomas depresivos</i>
	64 chicos 58%	11.4 años			
Estévez, Oliva y Parra (2012)	90 adolescentes	Edad:15-	Longitudinal 6 años	<i>Coping Scale for Children and Youth (CSCY; Brodzinsky et al., 1992)</i>	
	35chicos 38.9%	22 años		Búsqueda de ayuda	<i>No relación síntomas depresivos</i>
	55 chicas 61.1%			Resolución de problemas	<i>No relación síntomas depresivos</i>
				Evitación cognitiva / Evitación conductual	<i>Más síntomas internalizantes y externalizantes</i>
Gaylord-Harden et al. (2009)	393 adolescents	Edad: 10 - 16 años	Longitudinal 1 año	<i>Children's Coping Strategies Checklist (Program for Prevention Research, 1999)</i>	
	45% chicos			Estrategias de afrontamiento activo	<i>Menos síntomas depresivos</i>
	55% chicas	Edad media: 12.67 años		Distracción	<i>No relación síntomas depresivos</i>
				Evitación	<i>No relación síntomas depresivos</i>
				Búsqueda de apoyo	<i>No relación síntomas depresivos</i>

ESTUDIO	POBLACIÓN	EDAD	TIPO DISEÑO	AFRONTAMIENTO	RESULTADO EN SÍNTOMAS DEPRESIVOS
Murberg y Bru (2005)	327 adolescentes 160 chicos 48.9% 167 chicas 51.1%	Edad: 13 - 16 años	Longitudinal 1 año	<i>The Adolescent Orientation for Problem Experiences inventory (A-COPE; Patterson y McCubbin, 1987)</i>	
				Afrontamiento activo	Más síntomas depresivos
				Afrontamiento agresivo	Más síntomas depresivos
				Distanciamiento mental	No relación síntomas depresivos
Seiffge-Krenke y Klessinger (2000)	195 adolescentes 91 chicos 46.7% 104 chicas 53.3%	Edad media: 13.9 años	Longitudinal 4 años	<i>Coping Across Situations Questionnaire (CASQ ; Seiffge-Krenke, 1992)</i>	
				Afrontamiento activo	Menos síntomas depresivos
				Afrontamiento interno	Menos síntomas negativos
				Retraimiento / Evitación	Más síntomas depresivos
Seiffge-Krenke y Stemmler (2002)	115 adolescentes 51 chicos 44.30% 64 chicas 55.7%	Edad media: 13.7 años	Longitudinal 4 años	<i>Coping Across Situations Questionnaire (CASQ; Seiffge-Krenke, 1995)</i>	
				Afrontamiento de implicación:	Menos síntomas depresivos
				Afrontamiento activo	
				Afrontamiento interno	
				Afrontamiento evitativo	Más síntomas depresivos para las chicas

ESTUDIO	POBLACIÓN	EDAD	TIPO DISEÑO	AFRONTAMIENTO	RESULTADO EN SÍNTOMAS DEPRESIVOS
Shelton y Harold (2007)	100 niños	Edad: 11 - 14 años	Longitudinal 1 año	<i>The children's coping strategies scale (CCSS; Jose, Cafasso y D'Anna, 1994)</i>	
	50 chicos 50%				
	50 chicas 50%	Edad media: 12.71 años		Búsqueda de apoyo social	No relación síntomas depresivos
				Solución de problemas	No relación síntomas depresivos
				Expresión de emociones negativas	Más síntomas depresivos
Walker et al. (2005)	133 adolescentes	Edad: 8 - 15 años	Longitudinal 3 meses	<i>The Pain Response Inventory (PRI; Walker et al., 1997)</i>	
	43% chicos				
	57% chicas	Edad media: 10.80 años		Afrontamiento activo	No relación síntomas depresivos
				Afrontamiento pasivo	Más síntomas depresivos
				Afrontamiento acomodativo	Menos síntomas depresivos

Nota: Las referencias correspondientes a los instrumentos de medida de esta tabla se han obtenido en los artículos referenciados en la primera columna.

El afrontamiento pasivo (pensamiento de deseo, no hacer nada, culpabilizarse) está asociado a un incremento de los síntomas depresivos tanto en estudios transversales (Haghighatgou y Peterson, 2001; Meehan et al., 2007; Orban et al., 2010) como longitudinales (Walker et al., 1997).

Las divergencias entre las diferentes estrategias de afrontamiento y los síntomas depresivos también los encontramos en estudios que han utilizado el mismo instrumento de medida del afrontamiento como el *Responses to Stress Questionnaire* (RSQ; Connor-Smith et al., 2000) tanto en diseños transversales como longitudinales. En estudios transversales, el afrontamiento de control primario con niños y adolescentes está asociado a menos síntomas depresivos (Connor-Smith et al., 2000; Jaser, Champion, Dharamsi, Riesing y Compas, 2011; Wadsworth y Compas, 2002; Wadsworth, Rieckmann, Benson y Compas, 2004; Wang y Gan, 2011). Pero otros estudios han encontrado resultados diferentes. Compas y colaboradores (2006) no encuentran que el uso de las estrategias de afrontamiento de control primario tenga relación con la disminución de síntomas depresivos y Calvete y Connor-Smith (2006) señalan incluso un incremento de los síntomas depresivos. Este incremento también se ha encontrado en el estudio de diseño longitudinal llevado a cabo por Calvete y colaboradores (Calvete et al., 2011).

Con respecto al afrontamiento de control secundario (reestructuración cognitiva, pensamiento positivo, aceptación, distracción) parece que existe más consenso. El uso de este tipo de afrontamiento está asociado a menos síntomas depresivos en estudios transversales (Calvete y Connor-Smith, 2006; Compas et al., 2006; Fear et al., 2009; Jaser et al., 2005; Jaser et al., 2011; Jaser et al., 2008; Sontag y Graber, 2010; Velázquez, Saez y Rosello, 1999; Wadsworth et al., 2004; Wadsworth et al., 2005; Wadsworth y Compas, 2002; Wang y Gan, 2011) y en longitudinales (Calvete et al., 2011; Compas et al., 2010).

La utilización del afrontamiento de distanciamiento (evitación, negación, pensamiento de deseo) por parte de los adolescentes se ha asociado a más síntomas depresivos en estudios transversales (Barakat et al., 2007; Compas et al., 2006; Jaser et al., 2011; Merlo y Lakey, 2007; Rafnsson et al., 2006; Sontag y Graber, 2010; Vulic-Prtoric y Macuka, 2006; Wadsworth y Compas, 2002; Wadsworth et al., 2004; Wang y Gan, 2011) y en estudios longitudinales (Auerbach et al., 2010; Calvete et al., 2011; Estévez et al., 2012; Seiffge-Krenke y Klessinger, 2000; Seiffge-Krenke y Stemmler,

2002; Walker, Smith, Garber y Claar, 2005). Sin embargo, también se ha asociado con menos síntomas depresivos para adolescentes afroamericanos (Mosher y Prelow, 2007).

En resumen, los resultados de los estudios indican que no existe un consenso general sobre cuáles son las estrategias de afrontamiento que suponen una disminución de los síntomas depresivos. Las investigaciones sobre el afrontamiento de implicación de control secundario son quizás las que arrojan una mayor uniformidad en la disminución de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes.

1.3.3.2. DIFERENCIAS DE GÉNERO EN AFRONTAMIENTO EN LA ADOLESCENCIA

En la literatura sobre el afrontamiento frente a situaciones estresantes se han encontrado algunas diferencias en cuanto al género en la población adulta, siendo las mujeres quienes utilizan más estrategias de afrontamiento que los hombres (Eaton y Bradley, 2008; Tamres, Janicki y Helgeson, 2002). Sin embargo, las diferencias de género en el afrontamiento a veces son pequeñas. En la adolescencia se constata una mayor utilización de estrategias de afrontamiento por las chicas adolescentes (Besevegis y Galanaki, 2010; Persike y Seiffge-Krenke, 2012), pero también se ha encontrado que no hay diferencias de género en la cantidad de estrategias utilizadas (Glasscock, Andersen, Labriola, Rasmussen y Hasen, 2013).

En el estudio del afrontamiento en niños y adolescentes hay que tener en cuenta una serie de variables: los aspectos evolutivos (cognitivos, afectivos y sociales), la falta de experiencia, aspectos del entorno (dependencia de los adultos) y la socialización, las cuales pueden contribuir a las diferencias en los procesos de afrontamiento con respecto a la edad adulta (Compas et al., 2001). En relación a las diferencias de género en el afrontamiento en niños y adolescentes, la investigación ha revelado resultados mixtos (Compas et al., 2001) y no existen resultados concluyentes ni definitivos. La adolescencia es una etapa evolutiva importante, ya que se empiezan a utilizar estrategias más eficaces y adaptativas para enfrentarse al estrés. Los adolescentes son más activos, tienen una gama más amplia de estrategias de afrontamiento y una mayor habilidad para ver los problemas desde múltiples perspectivas.

La Tabla 2 recoge un resumen de estudios representativos sobre diferencias de género en afrontamiento en adolescentes.

Con respecto al afrontamiento centrado en el problema algunos estudios transversales y longitudinales señalan que esta estrategia es más utilizada por las chicas adolescentes (Besevegis y Galanaki, 2010; De Boo y Spiering, 2010; Erdur-Baker, 2009; Eschenbeck, Kohlmann y Lohaus, 2007; Hampel y Petermann, 2005; Hébert, Parent y Daignault, 2007; Lepistö, Astedt-Kurki, Joronen, Luukkaala y Paavilainen, 2010; Li et al., 2006). En cambio, otros estudios indican que es más utilizada por los chicos (Seiffge-Krenke, 2011 meta-análisis; Wang, 2013) y otros no hallan diferencias de género (Alumran y Punamäki, 2008; Bowker et al., 2000; De Boo y Wicherts, 2009; Estévez et al., 2012; Frydenberg et al., 2004; Gelhaar et al., 2007; Gómez-Fraguela et al., 2006; Haid et al., 2010; Howerton y Van Gundy, 2009; Seiffge-Krenke et al., 2009; Seiffge-Krenke et al., 2010; Sung, Puskar y Sereika, 2006; Vulic-Prtoric y Macuka, 2006).

En el afrontamiento centrado en la emoción, algunos estudios señalan que es más utilizado por las chicas adolescentes (Barker, 2007; Besevegis y Galanaki, 2010; Eaton y Bradley, 2008; Hampel y Petermann, 2005; Howerton y Van Gundy, 2009; Li et al., 2006; Seiffge-Krenke, 2011 meta análisis; Sung et al., 2006). Sin embargo, Vulic-Prtoric y Macuka (2006) indican que la expresión de sentimientos es más utilizada por los chicos. Y el estudio de Bowker et al. (2000) no encuentra diferencias de género.

Los estudios que han utilizado la categoría de afrontamiento activo encuentran que este estilo de afrontamiento es utilizado más por las chicas adolescentes (Gaylord-Harden et al., 2009; Gelhaar et al., 2007; Glasscock et al., 2013; Haid et al., 2010; Meehan et al., 2007; Nicolotti et al., 2003; Seiffge-Krenke et al., 2009). En cambio, Haghighatgou y Peterson (2001) señalan que es más utilizado por los chicos. Sin embargo, otras investigaciones no encuentran diferencias según género (Seiffge-Krenke et al., 2010; Seiffge-Krenke y Stemmler, 2002).

Con respecto al uso del apoyo social, los estudios indican que en general las chicas adolescentes tienden a utilizar más el apoyo social que los chicos cuando se enfrentan a situaciones estresantes (Besevegis y Galanaki, 2010; Bowker et al., 2000; De Boo y Wicherts, 2009; Eschenbeck et al., 2007; Estévez et al., 2012; Feldman, Fisher, Ransom y Dimiceli, 1995; Gómez-Fraguela et al., 2006; Hampel y Petermann, 2005; Hébert et al., 2007; Lepistö et al., 2010; Nicolotti et al., 200; Persike y Seiffge-Krenke, 2012; Sung et a., 2006; Vulic-Prtoric y Macuka, 2006; Wang, 2013), confirmado también en los meta análisis llevados a cabo por Rose y Rudolph (2006) y Seiffge-

Krenke (2011). Sin embargo, algunos estudios no encuentran diferencias de género (Alumran y Punamäki, 2008; De Boo y Spiering, 2010). En cambio, el estudio de Frydenberg y colaboradores (2004) sobre un programa de entrenamiento en habilidades de afrontamiento señala un incremento en la utilización del apoyo social por parte de los chicos adolescentes.

En investigaciones que han utilizado la categorización de afrontamiento de implicación de control primario y secundario se han encontrado diferencias de género, pero tampoco existe un consenso general. El afrontamiento de implicación de control primario y secundario es más utilizado por las chicas adolescentes (Connor-Smith et al., 2000; Sontag y Graber, 2010). Besevegis y Galanaki (2010) indican que la reestructuración cognitiva (estrategia de afrontamiento de control secundario) también es más utilizada por las chicas. Otros estudios señalan resultados diferentes. Así, algunos indican que el afrontamiento de control primario es más utilizado por las chicas (Calvete et al., 2011; Pascual, Etxebarria, Ortega y Ripalda, 2012), el afrontamiento secundario es más frecuente en los chicos adolescentes (Pascual et al., 2012) y Calvete y colaboradores, en cambio, no encuentran diferencias de género en afrontamiento secundario (Calvete et al., 2011).

En cuanto al afrontamiento de distanciamiento voluntario y afrontamiento evitativo estudios transversales y longitudinales muestran que es más utilizado por las chicas (Barker, 2007; Calvete et al., 2011; De Boo y Spiering, 2010; De Boo y Wicherts, 2009; Hampel y Petermann, 2005; Howerton y Van Gundy, 2009; Sung et al., 2006). Alumran y Punamäki (2008) encuentran que el afrontamiento no productivo como echarse la culpa o el pensamiento de deseo (distanciamiento involuntario) también es más utilizado por las chicas. Pero otras investigaciones indican que es más utilizado por los chicos (Bowker et al., 2000; Connor-Smith et al., 2000; Eschenbeck et al., 2007; Frydenberg et al., 2004; Hébert et al., 2007; Gómez-Fraguela et al., 2006; Rose y Rudolph, 2006; Seiffge-Krenke, 2011; Seiffge-Krenke et al., 2009; Sontag y Graber, 2010; Vulic-Prtoric y Macuka, 2006) y otros no encuentran diferencias en cuanto al género (Eaton y Bradley, 2008; Estévez et al., 2012; Haid et al., 2010; Pascual et al., 2012; Persike y Seiffge-Krenke, 2012; Seiffge-Krenke et al., 2010; Seiffge-Krenke y Stemmler, 2002).

Por tanto, los diversos estudios sugieren diferencias de género en las estrategias de afrontamiento utilizadas por los adolescentes que no siempre coinciden con la conducta

sugerida en las primeras investigaciones. Podría existir un cierto acuerdo en la búsqueda de apoyo social y expresión emocional (chicas > chicos); en la solución de problemas (chicas > chicos), afrontamiento evitativo (chicos > chicas; Eschenbeck et al., 2007; Hampel y Petermann, 2005; Meehan et al., 2007; Seiffge-Krenke et al., 2010), pero sin llegar a un consenso general ya que se han encontrado resultados mixtos.

Las características de la situación estresante pueden influir en las diferencias de género en las estrategias de afrontamiento en niños y adolescentes. Una dificultad para comparar los estudios sobre el estrés y el afrontamiento ha sido debido a la variedad de definiciones y medidas diferentes de afrontamiento utilizadas, así como los estresores medidos y los distintos grupos y rangos de edad estudiados. Estos factores influyen en las inconsistencias encontradas respecto a las diferencias de género en las estrategias de afrontamiento en niños y adolescentes (Eaton y Bradley, 2008; Eschenbeck et al., 2007)

Tabla 2. DIFERENCIAS DE GÉNERO EN AFRONTAMIENTO

ESTUDIO	POBLACIÓN	EDAD	TIPO DISEÑO	AFRONTAMIENTO	DIFERENCIA GÉNERO
Alumnram y Punamäki (2008)	312 estudiantes 45.5% chicos 54.5% chicas	Edad: 13 - 21 años	Transversal	<i>Adolescent Coping Scale (ACS - General Short Form; Frydenberg y Lewis,1993)</i> Solución de problemas Consultar a otras personas Afrontamiento no productivo: echarse la culpa, pensamiento de deseo	No diferencia de género No diferencia de género Más utilizado por chicas
Barker (2007)	241 personas 36% hombres 64% mujeres	Edad: 17 - 52 años Edad media: 19 años	Longitudinal	<i>COPE Inventory (Carver, Scheier y Weintraub, 1989)</i> Afrontamiento centrado en el problema Afrontamiento centrado en la emoción Afrontamiento evitativo	No incluido Más utilizado por chicas Más utilizado por chicas
Besevegis y Galanaki (2010)	180 niños 90 chicos 50% 90 chicas 50%	Edad: 7.3 - 12.5 años Edad media: 9.7 años	Transversal	<i>The ways of coping (Skinner and Zimmer-Gembeck , 2007)</i> 1. Solución de problemas a. Acción instrumental b. Superarse a sí mismo c. Solución de problemas cognitivo 2. Indefensión 3. Escape	 Más utilizado por chicos Más utilizado por chicas Más utilizado por chicas Más utilizado por chicos No diferencia género

ESTUDIO	POBLACIÓN	EDAD	TIPO DISEÑO	AFRONTAMIENTO	DIFERENCIA GÉNERO
Bowker et al. (2000)	249 adolescentes 131 chicos 54.6% 118 chicas 47.4%	Edad: 12 - 13 años	Transversal	4.Confianza en si mismo	
				a. Regulación emocional	Más utilizado por chicas
				b. Regulación conductual	Más utilizado por chicos
				c. Expresión emocional	Más utilizado por chicas
				5. Búsqueda de contactos	
				a. Búsqueda de contactos	Más utilizado por chicos
				b. Búsqueda de ayuda	Más utilizado por chicas
				6. Acomodación/complacer	
				a. Distracción conductual	Más utilizado por chicas
				b. Reestructuración cognitiva	Más utilizado por chicas
				7. Negociación	Más utilizado por chicas
				8. Sumisión	Más utilizado por chicas
				9. Oposición	No diferencia género
				10. Delegación	Más utilizado por chicas
				11. Aislamiento social	Más utilizado por chicos
				13. Ayuda de otras personas	No identificado
				<i>Coping strategies (Bowker y Hymel, 1991)</i>	
				Afrontamiento centrado en el problema	No diferencia de género
				Afrontamiento centrado en la emoción	No diferencia de género
				Apoyo social	Más utilizado por chicas
				Afrontamiento negativo	Más utilizado por chicos

ESTUDIO	POBLACIÓN	EDAD	TIPO DISEÑO	AFRONTAMIENTO	DIFERENCIA GÉNERO	
Calvete et al. (2011)	978 adolescents 519 chicos 53.1% 459 chicas 46.9%	Edad: 14 - 18 años Edad media: 15.80 años	Longitudinal	Afrontamiento pasivo	Más utilizado por chicos	
				<i>Responses to Stress Questionnaire (RSQ; Connor-Smith et al., 2000; Spanish version: Connor-Smith & Calvete, 2004)</i>		
				Afrontamiento de control primario	Más utilizado por chicas	
				Afrontamiento de control secundario	No diferencia de género	
				Afrontamiento de distanciamiento	Más utilizado por chicas	
Connor-Smith et al. (2000)	Muestra 1 437 adolescentes 31% chicos 69% chicas	Edad: 16 - 19 años Edad media: 18.2 años	Transversal	<i>Responses to Stress Questionnaire (RSQ; Connor-Smith et al., 2000)</i>		
				Afrontamiento de control primario	Más utilizado por chicas	
				Afrontamiento de control secundario	Más utilizado por chicas	
	Muestra 2 364 adolescentes 44% chicos 56% chicas	Edad: 12 - 18 años Edad media: 14.7 años		Afrontamiento de distanciamiento	Más utilizado por chicos	
				Afrontamiento de implicación involuntaria	Más utilizado por chicos	
				Afrontamiento de distanciamiento involuntario	Más utilizado por chicas	
	Muestra 3 82 adolescentes 30% chicos 70% chicas	Edad: 11 - 17 años Edad media: 13.4 años				
	De Boo y Spiering (2010)	404 niños		Edad media:	Transversal	<i>The Children's Coping Strategies Checklist-Revised1 (CCSC-R; Ayers y</i>

ESTUDIO	POBLACIÓN	EDAD	TIPO DISEÑO	AFRONTAMIENTO	DIFERENCIA GÉNERO
	185 niños 45.8% 219 niñas 54.2%	10.7 años		<i>Sandler, 1999)</i> Solución de problemas activa Afrontamiento evitativo Búsqueda apoyo social	Más utilizado por chicas Más utilizada por chicas No diferencia de género
De Boo y Wicherts (2009)	437 niños 209 niños 47.8% 228 niñas 52.2%	Edad: 8 - 13 años Edad media: 10.5 años	Transversal	<i>The Coping Strategies Checklist for Children (CCSC-R1; Ayers y Sandler, 1999)</i> Afrontamiento centrado en el problema Reevaluación cognitiva positiva Estrategias distractoras Estrategias evitativas Búsqueda de apoyo	No diferencia de género No diferencia de género Más utilizado por chicas Más utilizado por chicas Más utilizado por chicas
Eaton y Bradley (2008)	216 estudiantes 95 chicos 44% 121 chicas 56%	Edad media: 22.9 años	Transversal	<i>Coping Orientation to Problems Experienced (COPE; Carver et al., 1989)</i> Afrontamiento centrado en el problema Afrontamiento centrado en la emoción Afrontamiento evitativo	Más utilizado por chicos, diferencia no significativa Más utilizado por chicas No diferencia de género
Erdur-Baker (2009)	250 adolescentes 141 chicos 56.6% 108 chicas 43.4%, 1 no recogido	Edad: 13 - 18 años Edad media: 15.37 años	Transversal	<i>Responses to Depression Questionnaire (Nolen-Hoeksema y Morrow, 1991)</i> Solución de problemas Rumiación	Más utilizado por chicas No diferencia de género

ESTUDIO	POBLACIÓN	EDAD	TIPO DISEÑO	AFRONTAMIENTO	DIFERENCIA GÉNERO
Eschenbeck et al. (2007)	1990 niños y adolescentes	Edad: 7 - 16 años	Transversal	<i>German Stress and Coping Questionnaire for Children and Adolescents</i> (Lohaus et al., 2006)	
	957 chicos 48%	Edad media:			
	1033 chicas 52%	11.30 años		Búsqueda de apoyo social	Más utilizado por chicas
				Solución de problemas	Más utilizado por chicas
				Afrontamiento evitativo	Más utilizado por chicos
Estévez, Oliva y Parra (2012)	90 adolescentes	Edad: 12 - 22 años	Longitudinal	<i>Coping Scale for Children and Youth</i> (CSCY; Brodzinsky et al., 1992)	
	35chicos 38.9%				
	55 chicas 61.1%			Búsqueda de ayuda	Más utilizada por chicas
				Resolución de problemas	No diferencia de género
				Evitación cognitiva / Evitación conductual	No diferencia de género
Feldman et al. (1995)	Tiempo 1	Edad: 13 - 18 años	Longitudinal	<i>A-COPES scale</i> (Patterson y McCubbin, 1987)	
	242 adolescentes				
	119 chicos 49.20%	Edad media:			
	123 chicas 50.8%	15.3 años		Actuar	No diferencia de género
				Buena relación con padres	No diferencia de género
				Confiar en amigos	Más utilizado por chicas
	Tiempo 2	Edad: 19 - 26 años		Aislamiento	Más utilizado por chicas
	166 jóvenes			Confianza en la religión	No diferencia de género
	82 chicos 49.4%	Edad media:		Distracción	No diferencia de género
	84 chicas 50.6%	21.8 años		Pensamiento positivo / humor	Más utilizado por chicos

ESTUDIO	POBLACIÓN	EDAD	TIPO DISEÑO	AFRONTAMIENTO	DIFERENCIA GÉNERO
Frydenberg et al. (2004)	Estudio 1	Edad: 16 - 17 años	Longitudinal	<i>Adolescent Coping Scale (ACS; Frydenberg y Lewis, 1993)</i>	
	83 adolescentes 39 chicos 47% 44 chicas 53%			Afrontamiento productivo: solución de problema Buscar apoyo de otras personas	Más utilizado por chicas, diferencia no significativa Más utilizado por chicos
	Estudio 2	Edad: 16 - 17 años	Longitudinal	Afrontamiento no productivo (pensamiento de deseo, ignorar el problema, etc.)	Más utilizado por chicos
	113 adolescentes 57 chicos 50.5% 56 chicas 49.5%				
Gaylord-Harden et al. (2009)	393 adolescentes	Edad: 10 - 16 años	Longitudinal	<i>Children's Coping Strategies Checklist (Program for Prevention Research, 1999)</i>	
	45% chicos 55% chicas			Estrategias de afrontamiento activo	Más utilizado por chicas
		Edad media: 12.67 años		Distracción	No valorado
				Evitación	No valorado
Gelhaar et al. (2007)		Edad: 11 - 20 años	Transversal	Búsqueda de apoyo	No valorado
	3031 adolescentes 49.4% chicos 50.6% chicas			<i>Coping Across Situations Questionnaire (CASQ; Seiffge-Krenke, 1995)</i>	
		Edad media: 15.7 años		Afrontamiento activo: búsqueda de información o consejo	Más utilizado por chicas
				Afrontamiento interno: solución de problemas	No diferencia de género
				Retraimiento: negación, regresión	Más utilizado por chicos

ESTUDIO	POBLACIÓN	EDAD	TIPO DISEÑO	AFRONTAMIENTO	DIFERENCIA GÉNERO
Glasscock et al. (2013)	3054 adolescentes 51.7 % chicos 48.3% chicas	Edad: 14 - 15 años	Transversal	<i>Brief COPE Scale (Carver, 1997)</i>	
				Afrontamiento activo	Más utilizado por chicas
				Afrontamiento evitativo	No diferencia de género
Gómez-Fraguela et al. (2006)	371 adolescentes 52.3% chicos 47.7% chicas	Edad: 11 - 15 años Edad media: 12.5 años	Transversal	<i>Escalas de Afrontamiento para Adolescentes (ACS; Frydenberg y Lewis, 1996)</i>	
				Afrontamiento productivo (estrategias centradas en el problema)	No diferencia de género
				Afrontamiento no productivo (estrategias de evitación)	Más utilizado por chicos
Haghighatgou y Peterson (2001)	568 adolescentes 318 chicos 56% 250 chicas 44%	Edad media: 15.6 años	Transversal	<i>Ways of Coping Questionnaire (Aldwin et al., 1980)</i>	
				Afrontamiento activo	Más utilizado por chicos
				Afrontamiento pasivo	Más utilizado por chicas
Haid et al. (2010)	3259 adolescentes 52.5% chicos 47.5% chicas	Edad: 11 - 20 años Edad media: 14.97 años	Transversal	<i>Coping Across Situations Questionnaire (CASQ; Seiffge-Krenke, 1995)</i>	
				Afrontamiento activo	Más utilizado por chicas
				Afrontamiento interno	No diferencia de género
Hampel y Petermann	1123 adolescentes	Edad: 8 - 14	Transversal	Afrontamiento evitativo	No diferencia de género
				<i>German Coping Questionnaire for Children and Adolescents (Hampel et</i>	

ESTUDIO	POBLACIÓN	EDAD	TIPO DISEÑO	AFRONTAMIENTO	DIFERENCIA GÉNERO
(2005)	525 chicos 46.8% 597 chicas 53.2%	años Edad media: 10.76 años		<i>al., 2001)</i> Afrontamiento adaptativo: Afrontamiento centrado en el problema (control de situación, auto-instrucciones positivas, apoyo social) Afrontamiento centrado en la emoción (minimización, distracción) Afrontamiento desadaptado (evitación, resignación, rumiación, agresión)	Más utilizado por chicas Más utilizado por chicas Más utilizado por chicas
Hébert et al. (2007)	191 niños 87 niños 45.5% 104 niñas 54.5%	Edad: 7 - 12 años	Transversal	<i>The Self-Report Coping Scale (SRCS;</i> <i>Causey y Dubow, 1992)</i> Búsqueda de apoyo social Solución de problemas Distanciamiento Internalizante Externalizante	Más utilizado por chicas Más utilizado por chicas Más utilizado por chicos Más utilizado por chicas Más utilizado por chicos
Howerton y Van Gundy (2009)	1803 jóvenes 956 chicos 53% 847 chicas 47%	Edad: 18 - 21años	Longitudinal	<i>Coping sytle (Endler y Parker, 1990)</i> Afrontamiento centrado en el problema Afrontamiento centrado en la emoción Afrontamiento evitativo	No diferencia de género Más utilizado por chicas Más utilizado por chicas
Lepistö et al. (2010)	1393 adolescentes 659 chicos 47.3% 733 chicas 52.6 %	Edad: 14 - 17 años Edad media:	Transversal	<i>Adolescent Coping Scale (ACS;</i> <i>Frydenberg y Lewis, 1993, 1996, 2004)</i> Afrontamiento centrado en el problema:	Más utilizado por chicas

ESTUDIO	POBLACIÓN	EDAD	TIPO DISEÑO	AFRONTAMIENTO	DIFERENCIA GÉNERO
		14.92 años		Solución de problemas	Más utilizado por chicas
				Centrarse en lo positivo	Más utilizado por chicas
				Búsqueda de ayuda profesional	Más utilizado por chicas
				Actividad física	Más utilizado por chicos
				Consultar con otras personas	Más utilizado por chicas
				Búsqueda de apoyo social	Más utilizado por chicas
				Confiar en la acción social	Más utilizado por chicos
				Afrontamiento no productivo	Más utilizado por chicas
				Preocuparse	Más utilizado por chicas
				Confiar en amigos íntimos	Más utilizado por chicas
				Pensamiento de deseo	Más utilizado por chicas
Li, DiGiuseppe y Froh (2006)	246 adolescentes No aparece porcentaje por género	Edad: 14 - 18 años	Transversal	<i>Adolescent Coping Scale (ACS; Frydenberg y Lewis, 1993)</i>	
				Afrontamiento centrado en el problema	Más utilizado por chicas
				Afrontamiento centrado en la emoción	Más utilizado por chicas
				Afrontamiento distractor	No diferencia de género
				Afrontamiento rumiativo	Más utilizado por chicas
Meehan, Peirson y Fridjhon (2007)	161 adolescentes 78 chicos 48.45% 83 chicas 51.55%	Edad: 15 - 18 años Edad media: 16.9 años	Transversal	<i>Coping Across Situations Questionnaire (CASQ ; Seiffge-Krenke, 1992)</i>	
				Afrontamiento activo	Más utilizado por chicas
				Afrontamiento interno	Más utilizado por chicas
				Retraimiento / Negación	Más utilizado por chicas

ESTUDIO	POBLACIÓN	EDAD	TIPO DISEÑO	AFRONTAMIENTO	DIFERENCIA GÉNERO
Nicolotti, El-Sheikh y Whitson (2003)	89 niños	Edad: 8 - 11 años	Transversal	<i>Children's coping. The CCSC (Ayers, Sandler, West y Roosa, 1996)</i>	
	44 niños 49.4%				
	45 niñas 50.6%	Edad media: 9.92 años		Afrontamiento activo	Más utilizado por chicas
				Afrontamiento evitativo	No diferencia de género
Pascual et al. (2012)			Transversal	Apoyo	Más utilizado por chicas
				Distracción	No diferencia de género
	762 adolescentes	Edad: 16 - 18 años		<i>Responses to Stress Questionnaire (RSQ; Connor-Smith et al., 2000)</i>	
	50.8% chicos				
	49.2% chicas	Edad media: 16.74		Afrontamiento de control primario	Más utilizado por chicas
				• Solución de problemas	Más utilizado por chicas
				• Regulación emocional	Más utilizado por chicas
				• Expresión emocional	Más utilizado por chicas
				Afrontamiento de control secundario	Más utilizado por chicos
				• Pensamiento positivo	Más utilizado por chicos
				• Reestructuración cognitiva	Más utilizado por chicos
				• Distracción	Más utilizado por chicos
				• Aceptación	Más utilizado por chicos
				Afrontamiento de distanciamiento	No diferencia de género
				• Evitación	No diferencia de género
				• Negación	Más utilizado por chicos
				• Pensamiento de deseo	Más utilizado por chicas
				Respuestas de implicación involuntarias	Más utilizado por chicas

ESTUDIO	POBLACIÓN	EDAD	TIPO DISEÑO	AFRONTAMIENTO	DIFERENCIA GÉNERO
				- Rumiación - Acción impulsiva	Más utilizado por chicas Más utilizado por chicas
				Respuestas de distanciamiento involuntarias - Inacción - Escape	Más utilizado por chicas Más utilizado por chicas Más utilizado por chicas
Persike y Seiffge-Krenke (2012)	4000 adolescentes 2010 chicos 52.2% 1990 chicas 49.8%	Edad media: 15.18 años	Transversal	<i>Coping Across Situations Questionnaire (CASQ; Seiffge-Krenke, 1995)</i> Negociación y búsqueda de apoyo Descarga emocional Retraimiento y negación	Más utilizado por chicas Más utilizado por chicas, diferencia no significativa No diferencia de género
Rose y Rudolph (2006)	30 estudios		Meta análisis	Búsqueda de apoyo social Distracción / Diversión Rumiación Expresión emocional Evitación y retraimiento	Más utilizado por chicas Más utilizado por chicos Más utilizado por chicas Más utilizado por chicas Más utilizado por chicos, diferencia no significativa
Seiffge-Krenke et al. (2009)	200 adolescentes 99 chicos 49.5% 101 chicas 50.5%	Edad: 12 - 19 años Edad media: 14.05 años	Longitudinal	<i>Coping Across Situations Questionnaire (CASQ; Seiffge-Krenke, 1995)</i> Afrontamiento activo Afrontamiento interno	Más utilizado por chicas No diferencia de género

ESTUDIO	POBLACIÓN	EDAD	TIPO DISEÑO	AFRONTAMIENTO	DIFERENCIA GÉNERO
Seiffge-Krenke et al. (2010)	3154 adolescentes 49% chicos 51% chicas	Edad media: 15.08 años	Transversal - transcultural	Afrontamiento evitativo	Más utilizado por chicos
				<i>Coping Across Situations Questionnaire (CASQ; Seiffge-Krenke, 1995)</i>	
				Afrontamiento activo	No diferencia de género
				Afrontamiento interno	No diferencia de género
Seiffge-Krenke (2011)	341 estudios		Meta análisis	Afrontamiento evitativo	No diferencia de género
				Afrontamiento centrado en el problema	Más utilizado por chicos
				Afrontamiento distractor / relajación	Más utilizado por chicos
				Búsqueda de apoyo social	Más utilizado por chicas
Seiffge-Krenke y Stemmler (2002)	115 adolescentes 51 chicos 44.3% 64 chicas 55.7%	Edad media: 13.8 años	Longitudinal	Expresión de emociones	Más utilizado por chicas
				<i>Coping Across Situations Questionnaire (CASQ; Seiffge-Krenke, 1995)</i>	
				Afrontamiento activo	No diferencia de género
				Afrontamiento evitativo	No diferencia de género
Sontag y Graber (2010)	295 adolescentes 36.3% chicos 63.7% chicas	Edad media: 12.39 años	Transversal	<i>Responses to Stress Questionnaire (RSQ; Connor-Smith et al., 2000)</i>	
				Afrontamiento de control primario y secundario	Más utilizado por chicas
				Afrontamiento de distanciamiento	Más utilizado por los chicos
				Afrontamiento de distanciamiento involuntario	No diferencia de género
Sung et al. (2006)	72 adolescentes	Edad: 14 - 18	Transversal	<i>The Coping Response Inventory-Youth (CRI-Y; Moos, 1993)</i>	

ESTUDIO	POBLACIÓN	EDAD	TIPO DISEÑO	AFRONTAMIENTO	DIFERENCIA GÉNERO
	33.3% chicos 66.7% chicas	años Edad media: 15.7 años		Afrontamiento de implicación: Reevaluación positiva Apoyo y orientación Solución de problemas Afrontamiento evitativo: Evitación cognitiva Resignación o aceptación Búsqueda de recompensa alternativa Descarga emocional	Más utilizado por chicos Más utilizado por chicas No diferencia de género Más utilizado por chicas Más utilizado por chicas Más utilizado por chicos Más utilizado por chicas
Tamres et al. (2002)	50 estudios		Meta análisis	Conductas centradas en el problema: Afrontamiento activo Planificación Búsqueda de apoyo social (instrumental) Afrontamiento centrado en el problema Conductas centradas en la emoción: Búsqueda de apoyo social (emocional) Evitación Negación Reevaluación positiva Aislamiento Ventilación	Más utilizado por mujeres Más utilizado por mujeres, pero no significativo Más utilizado por mujeres Más utilizado por mujeres Más utilizado por mujeres No diferencia de género Más utilizado por mujeres No diferencia de género No diferencia de género

ESTUDIO	POBLACIÓN	EDAD	TIPO DISEÑO	AFRONTAMIENTO	DIFERENCIA GÉNERO
Velázquez et al. (1999)	51 adolescentes 19 chicos 37% 32 chicas 63%	Edad: 13 - 20 años	Transversal	Rumiación	Más utilizado por mujeres
				Pensamiento de deseo	Más utilizado por mujeres
				Auto-culpa	No diferencia de género
				Auto-diálogo positivo	Más utilizado por mujeres
				Actividad física	Más utilizado por mujeres pero marginal
				Búsqueda de ayuda social	Más utilizado por mujeres
				Religión	Más utilizado por mujeres
				<i>A-COPE (Patterson y Mc-Cubbin, 1981)</i>	
				Estrategias positivas: Sentirse competente y autoestima, búsqueda de apoyo social, percepciones positivas sobre situaciones vitales	Más utilizada por chicas, diferencia no significativa
				Estrategias negativas: Liberar tensión mediante diversión, leer, ver televisión	Más utilizada por chicos, diferencia no significativa
Vulic-Prtoric y Macuka, (2006)	331 niños y adolescentes 168 chicos 50.8% 163 chicas 49.2%	Edad: 10 - 16 años Edad media: 13.07	Transversal	<i>Coping Strategies Inventory for Children and Adolescents (SUO; Vulic- Prtoric, 2002)</i>	
				Solución de problemas	No diferencia de género
				Expresión de sentimientos	Más utilizada por los chicos
				Evitación	Más utilizadas por los chicos diferencia no significativa

ESTUDIO	POBLACIÓN	EDAD	TIPO DISEÑO	AFRONTAMIENTO	DIFERENCIA GÉNERO
Wang (2013)	284 adolescentes 155 chicos 54.6% 129 chicas 45.4%	No especifica	Transversal	Distracción	Más utilizado por las chicas
				Apoyo social familiar y de amigos	Más utilizado por chicas
				Reestructuración cognitiva	Más utilizado por chicas diferencia no significativa
				<i>Coping Style Questionnaire (basado en Folkman y Bond) No especifica</i>	
				Solución de problemas	Más utilizado por chicos
				Echarse la culpa	No diferencia de género
				Solicitar ayuda	Más utilizado por chicas
				Fantasía	Más utilizado por chicos
				Retraimiento	No diferencia de género
				Racionalización	No diferencia de género

Nota: Las referencias correspondientes a los instrumentos de medida de esta tabla se han obtenido en los artículos referenciados en la primera columna.

1.4. CONCLUSIONES

El estrés y el afrontamiento han sido conceptualizados como un proceso dinámico y transaccional, que implica la exposición al estímulo, la valoración cognitiva del acontecimiento y las conductas de afrontamiento o estrategias dirigidas a aliviar la experiencia de estrés.

Los diferentes modelos explicativos del estrés han aportado una mayor profundización y conocimiento en esta área. Por otro lado, las numerosas investigaciones sobre la exposición a los acontecimientos estresantes y las respuestas o los síntomas de estrés han supuesto un mejor entendimiento de los modelos estímulo-respuesta. Además, el interés por mejorar la adaptación al estrés ha hecho que la investigación se haya orientado hacia un modelo interactivo entre estresores, síntomas, estilos cognitivos y modos de afrontamiento.

El grupo de edad de este estudio es la adolescencia. La adolescencia representa un período de cambios cognitivos, sociales, emocionales y físicos para los chicos y las chicas. Es una etapa de desarrollo de habilidades personales e interpersonales pero también representa un período de incremento de riesgo para un amplio abanico de problemas internalizantes y externalizantes. Las diferencias de género en la trayectoria de los problemas emocionales y conductuales tales como los síntomas depresivos emergen en esta etapa. Las chicas adolescentes muestran más síntomas depresivos que los chicos.

Durante esta etapa evolutiva los adolescentes se enfrentan a diferentes experiencias vitales (estresores), mostrando un amplio abanico de reacciones (e.g., rabia, tristeza, agresión, inhibición emocional) y utilizando una mayor variedad de estrategias de afrontamiento o respuestas posibles que en la niñez. Cómo un adolescente interpreta y reacciona a estas experiencias está asociado con problemas emocionales y conductuales.

El modelo teórico de estrés propuesto por Lazarus y Folkman (1984) ha suscitado un gran interés realizándose numerosos estudios. Este modelo tiene dos conceptos importantes: la evaluación cognitiva y las respuestas de afrontamiento. En la *evaluación cognitiva* el individuo valora si el estímulo es importante para su bienestar (evaluación primaria) y si tiene habilidades o recursos suficientes para adaptarse o controlar el estresor (evaluación secundaria). El afrontamiento representa los esfuerzos conductuales y cognitivos que las personas realizan para manejar las situaciones estresantes. Cuanto mayor sea la discrepancia o

diferencia entre las estrategias de afrontamiento y las demandas de la situación mayor será el estrés experimentado.

En la adolescencia, los sucesos vitales estresantes se han asociado con trastornos emocionales (internalizantes y externalizantes), existiendo relación entre un alto nivel de estrés y la aparición de estos síntomas. Dentro de este proceso dinámico una variable importante es el afrontamiento, ya que la manera en que las personas se enfrentan a las situaciones estresantes tiene impacto en la salud y en el ajuste emocional. A pesar de las numerosas investigaciones realizadas sobre el afrontamiento, no hay un consenso en la conceptualización, en la clasificación ni la medición del mismo, hecho que ha dificultado llegar a resultados concluyentes.

Se han propuesto numerosos modelos utilizados para describir la estructura de afrontamiento, tales como el afrontamiento centrado en el problema versus centrado en la emoción, el afrontamiento de implicación versus distanciamiento y el afrontamiento de control primario y de control secundario. Este estudio está basado en el modelo propuesto por Compas et al. (2001) y se centra en las respuestas voluntarias incluidas en dicho modelo. La estructura de afrontamiento propuesto por estos autores se divide en tres categorías organizadas de un modo jerárquico. Las respuestas voluntarias incluyen las reacciones cognitivas, conductuales y emocionales, es decir, el afrontamiento. En el segundo nivel estas respuestas voluntarias pueden distinguirse en respuestas de *implicación* o de *distanciamiento* del estresor. En el tercer nivel, las repuestas voluntarias pueden diferenciarse, dependiendo de las metas, en respuestas de *control primario* o *secundario*, que también se han denominado como afrontamiento activo y acomodativo respectivamente.

Las estrategias de afrontamiento no son universalmente beneficiosas o perjudiciales. Aunque diversas investigaciones han señalado que el afrontamiento centrado en el problema, el afrontamiento de implicación y el afrontamiento de control primario (solución de problemas, regulación emocional y expresión emocional) y secundario (distracción, pensamiento positivo, reestructuración positiva y aceptación) predicen un mejor ajuste emocional, también se han encontrado resultados inconsistentes con esta asunción. Del mismo modo, aunque existen estudios que indican que el afrontamiento de distanciamiento y el centrado en la emoción muestran un menor ajuste psicológico asociándose con más síntomas de estrés, también se han encontrado resultados diferentes.

En la investigación con adolescentes también se han encontrado resultados mixtos con respecto a la relación entre situaciones estresantes, afrontamiento y síntomas psicológicos. La mayoría de los adolescentes afrontan situaciones estresantes hallándose diferencias en cuanto al género en el estilo de afrontamiento utilizado y en el ajuste emocional resultante. En general, algunas estrategias de afrontamiento tienen consecuencias negativas para el ajuste emocional de los adolescentes mientras que otras (e.g., afrontamiento activo: apoyo social y solución de problemas) tienen consecuencias más positivas. A pesar del cuerpo de investigación generado sobre este tema, los resultados no son totalmente confirmatorios ni concluyentes.

CAPÍTULO II

LA DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA

2.1. LA DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA

La adolescencia es un período crítico para comprender la naturaleza y curso de los trastornos y síntomas depresivos. La adolescencia temprana está asociada a un aumento significativo del humor depresivo y a un incremento en la prevalencia de la depresión (Costello et al., 2011; Hankin et al., 1998; Petersen et al., 1993). Incluso se postula que individuos que manifiestan síntomas de depresión en la adolescencia tienen gran riesgo de presentar problemas depresivos en la edad adulta (Hammen, 2009a).

La depresión es considerada como un trastorno multifactorial que afecta a las emociones, los pensamientos, el sentido del yo, las conductas, las relaciones interpersonales, la salud física, los procesos biológicos, la productividad laboral y la satisfacción vital en las personas (Hankin y Abela, 2005). La depresión en la adolescencia está asociada a problemas escolares (bajo rendimiento académico, repetición de un curso, fracaso académico o abandono de los estudios), embarazos no deseados, problemas de salud, abuso de alcohol y drogas, consumo de tabaco, violencia de género, relaciones problemáticas con los compañeros/amigos y con la familia, así como con otros trastornos de ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria y conductas disruptivas (Hammen, 2009a).

En la adolescencia aparecen las diferencias de género en la depresión, mostrando las chicas unos porcentajes mayores que los chicos adolescentes (Nolen-Hoeksema y Girgus, 1994). Incluso se señala que en el período comprendido entre los 15 y los 18 años de edad, la tasa de depresión en las chicas adolescentes llega a ser el doble que la tasa obtenida entre los chicos (Hankin et al., 1998), alcanzando proporciones similares a las observadas en la población adulta (2:1 mujeres frente hombres).

Se han propuesto diferentes variables para explicar el desarrollo y la etiología de la depresión, factores de riesgo como sucesos vitales negativos, influencias genéticas predisponentes, ambiente familiar inadecuado, rasgos de personalidad determinados, adversidades ambientales, problemas emocionales y conductuales, factores cognitivos, conductas interpersonales y factores biológicos. La importancia de combinar todos los factores de riesgo y los procesos etiológicos en un modelo integrativo y coherente ha dado como resultado una visión más pormenorizada de los trastornos depresivos (Hankin y Abramson, 2001).

2.2. DEFINICIÓN Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS

La importancia de la investigación sobre la depresión viene motivada por ser considerada una enfermedad mental que supone altos costes personales, médicos y sociales, estimándose que afecta a unos 350 millones de personas en todo el mundo y que supone un deterioro importante en las tareas y responsabilidades diarias de la persona que lo sufre (Organización Mundial de la Salud - OMS, 2012; Wang, Simon y Kessler, 2003). Según estimaciones de la OMS se espera que para el año 2020 la depresión suponga la segunda causa de discapacidad en el mundo (OMS, 2012).

En la investigación psicológica se han realizado tres enfoques o distinciones en la valoración y clasificación de la depresión en la adolescencia (Compas, Ey y Grant, 1993; Petersen et al., 1993). La depresión puede ser considerada como estado de ánimo depresivo, como síndrome o como un trastorno que cumple los criterios del sistema de clasificación (e.g., DSM-IV-TR, DMS-V o CIE-10). La depresión como estado de ánimo deprimido (e.g., tristeza o infelicidad) se refiere a que la persona experimenta tristeza e infelicidad durante un tiempo indeterminado. Los períodos de ánimo deprimido pueden ocurrir en respuesta a diferentes situaciones como la pérdida de una relación significativa o el fallo en una tarea importante. La presencia de ánimo deprimido es el síntoma más importante para diferenciar a los jóvenes depresivos (Compas et al., 1993).

La depresión como síndrome depresivo está asociada a otros problemas que ocurren conjuntamente (e.g., síndrome ansioso depresivo, Compas et al., 1993). Se incluyen diversos síntomas como sentimientos de soledad, llorar, miedo a hacer las tareas mal, necesidad de ser perfecto, sentimientos de no ser queridos, creencias de que los demás los dejan de lado, etc., además de otras conductas como quejas somáticas, retraimiento social, problemas sociales, conducta agresiva, etc. (Petersen et al., 1993).

En la depresión como un trastorno que cumple los criterios del sistema de clasificación (DSM-V o CIE-10), el diagnóstico se realiza en relación a la presencia, duración y severidad de una serie de síntomas (Carr, 2008; Compas et al., 1993; Patten, 2013; Petersen et al., 1993). Dos sistemas de clasificación de los trastornos mentales más comúnmente utilizados son el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DMS-V, American

Psychiatric Association, 2013) y la Clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales (CIE) en su décima revisión (CIE-10, OMS, 2003).

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V; American Psychiatric Association, 2013), los trastornos depresivos están divididos en: trastorno de desajuste/desregularización del estado de ánimo disruptivo, trastorno depresivo mayor (que incluye el episodio depresivo mayor), trastorno depresivo persistente (distimia), trastorno disfórico premenstrual, trastorno depresivo inducido por medicación o sustancia, trastorno depresivo debido a enfermedad médica, trastorno depresivo especificado y trastorno depresivo no especificado (DSM-V; American Psychiatric Association, 2013). La característica común de todos estos trastornos es la presencia de tristeza, sentimiento de vacío o ánimo irritable acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad de funcionamiento de la persona. El trastorno depresivo en la infancia y adolescencia está incluido dentro de los trastornos depresivos y puede ser diagnosticado con los mismos síntomas utilizados con los adultos con algunas variaciones.

Un nuevo diagnóstico específico que aparece en la infancia y adolescencia es el trastorno de desregularización del estado de ánimo disruptivo cuyos síntomas principales son una irritabilidad persistente y episodios frecuentes de descontrol conductual extremo en niños y adolescentes en edades comprendidas entre los 6 y 18 años de edad. Los niños y adolescentes con este patrón de síntomas pueden desarrollar trastornos depresivos unipolares o trastornos de ansiedad en la transición de la adolescencia a la edad adulta (DSM-V, APA, 2013).

El trastorno depresivo mayor se divide entre trastorno depresivo mayor de episodio único (sólo un episodio depresivo mayor) y trastorno depresivo mayor de episodio recurrente (con un intervalo de dos meses consecutivos entre episodios que no cumplen el criterio de episodio depresivo mayor).

El trastorno depresivo mayor requiere diferentes criterios para su diagnóstico pero en general se caracteriza por presentar un estado de ánimo depresivo la mayor parte del día (en los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable), por una disminución acusada del interés hacia actividades que suponían placer a la persona, pérdida o aumento de peso importante (en niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables), alteraciones del sueño (insomnio o hipersomnias), agitación o enlentecimiento motor, fatiga o

pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos, dificultades para concentrarse, pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida.

En los criterios diagnósticos para el trastorno depresivo persistente (distimia) se añaden además baja autoestima, sentimientos de desesperanza y una duración mínima de dos años frente a las dos semanas que requiere el episodio depresivo mayor. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración disminuye a un año (DSM-V, 2013). Estos trastornos depresivos exigen que los síntomas no sean debidos a la presencia de un duelo, a la ingesta de sustancias (e.g., drogas) o enfermedades médicas (e.g., hipotiroidismo). También se indica que no haya sucedido un episodio maníaco (DSM -V, 2013).

Otras categorías diagnósticas depresivas son el trastorno depresivo específico y el trastorno depresivo no especificado cuyos síntomas no cumplen los criterios diagnósticos para ninguno de los trastornos depresivos anteriormente mencionados. En estas dos categorías no aparece ninguna especificación para niños y adolescentes (DSM – V, 2013).

En la Clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales (CIE) en su décima revisión (CIE-10, OMS, 2003) referente a los trastornos emocionales (trastorno depresivo recurrente y distimia) en niños y adolescentes, se señala que la alteración fundamental es un cambio del humor o de la afectividad. Asimismo, se indica que los trastornos que se presentan en la infancia y la adolescencia se codificarán también de acuerdo con las pautas que se utilizan con los adultos.

Así, en general según los dos sistemas de clasificación de los trastornos mentales (DSM-V y CIE-10) el trastorno depresivo y la distimia pueden ser diagnosticados con los mismos síntomas en la infancia y en la adolescencia que en la vida adulta, pero existiendo algunas diferencias. Estas distinciones son estado de ánimo irritable en la infancia y adolescencia a diferencia de sólo ánimo depresivo en los adultos, el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables y la duración menor (de un año) requerida para la distimia (DSM-V, APA, 2013; Carr, 2008).

Sin embargo, la psicología evolutiva señala que, a pesar de las similitudes en los síntomas principales, pueden existir diferencias en la expresión de los síntomas de la depresión debido a cambios cognitivos, sociales, emocionales y biológicos que suceden en la niñez y en la adolescencia (Cicchetti y Toth, 1998). Los síntomas de la depresión en niños y

adolescentes pueden diferir de los presentados por los adultos debido a que (a) los niños y adolescentes no tienen desarrolladas las capacidades cognitivas, emocionales o biológicas y competencias sociales para experimentar los síntomas depresivos adultos típicos y (b) las causas o consecuencias de la depresión pueden cambiar en los diferentes momentos evolutivos (Hankin y Abela, 2005). Por ejemplo, los niños pequeños suelen tener con más frecuencia síntomas somáticos. Otros síntomas como la anhedonia y el retraso psicomotor son más frecuentes en la transición de la infancia a la adolescencia, la hipersomnia o la reducción del apetito (para las chicas) aumenta durante la adolescencia y el riesgo máximo de suicidio aparece a mitad de la adolescencia (chicas) y al final de la misma (chicos) (Hankin y Abela, 2005).

Otro debate en la investigación de la depresión es si el ánimo deprimido es un continuo de severidad con el trastorno depresivo o, si el trastorno depresivo es diferente del ánimo deprimido. Parece ser que la depresión en la adolescencia está mejor descrita como dimensión y no categorialmente, ya que incluso los síntomas depresivos subclínicos o moderados están asociados con una disminución del funcionamiento social. Además, el ánimo deprimido puede suponer un factor de riesgo elevado para el desarrollo de un trastorno depresivo en la vida adulta (Hankin, Fraley, Lahey y Waldman, 2005; Hyde, Mezulis y Abramson, 2008; Lau, Rijdsdijk, Gregory, McGuffin y Eley, 2007).

2.3. EPIDEMIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA

Los estudios epidemiológicos sobre la depresión sugieren que la adolescencia es un período crítico para comprender el desarrollo del trastorno depresivo por dos razones. Primero, los trastornos depresivos son más frecuentes en la adolescencia que en la niñez y durante la infancia apenas se han encontrado diferencias de género en la depresión. Pero en la transición puberal desde la adolescencia temprana a la adolescencia media (i.e., entre los 12 y 15 años) es cuando emergen las diferencias de género, encontrándose que las chicas adolescentes muestran mayores niveles de síntomas depresivos (Angold, Erkanli, Silberg, Eaves y Costello, 2002; Cole et al., 2002; Twenge y Nolen-Hoeksema, 2002) y de trastornos depresivos en comparación con los chicos adolescentes (Hankin et al., 1998). Segundo, la mayoría de los individuos experimentan el primer episodio depresivo clínicamente significativo en la transición de la mitad al final de la adolescencia, entre los 15 y 18 años (Abela y Hankin, 2011; para revisión ver, Avenevoli, Knight, Kessler y Merikangas, 2008).

En esta etapa vital, la prevalencia de la depresión llega a alcanzar unos niveles similares a los obtenidos en la edad adulta, sugiriendo que la depresión en los adultos puede estar precedida por episodios depresivos en la adolescencia (Alonso et al., 2004; Costello, Erkanli y Angold, 2006; Hankin et al., 1998; Rutter, Kim-Cohen y Maughan, 2006). De ahí la importancia de identificar los factores de vulnerabilidad a la depresión y de realizar una prevención e intervención para evitar la recurrencia de los episodios depresivos en la edad adulta (Abela y Hankin, 2011; Monroe y Harkness, 2005).

La mayoría de los datos epidemiológicos sobre depresión en la población general y, en concreto, en niños y adolescentes están derivados de las clasificaciones en categorías diagnósticas del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV-TR, DSM-V) y de la Clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales (CIE-10). Este marco conceptual conduce a términos de prevalencia, incidencia y duración media de la enfermedad (para revisión ver Avenevoli et al., 2008; Patten, 2013).

El riesgo para el trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida se estimaba entre el 10 y 25% para las mujeres y entre el 5 y el 12% para los hombres (DSM-IV-TR, 2002). El DSM-V (APA, 2013) recoge que la prevalencia del trastorno depresivo mayor con una duración de 12 meses en la población estadounidense está alrededor del 7% y que las mujeres experimentan entre 1.5 y 3 veces más el porcentaje de los hombres empezando en la temprana adolescencia. Estos porcentajes disminuyen para el trastorno depresivo persistente con una prevalencia del 0.5% y del 1.5% para el trastorno depresivo mayor crónico.

Estudios epidemiológicos recientes muestran cifras más altas. En estudios a nivel mundial se encuentra una prevalencia para el trastorno depresivo mayor del 35.4% y para la distimia del 29.4% (Baxter, Patton, Scotts, Degenhardt y Whiteford, 2013) y el episodio depresivo mayor con una duración de 12 meses tiene una prevalencia del 5.5% en países desarrollados y del 5.9% en países en vías de desarrollo (Kessler et al., 2010).

Los datos epidemiológicos indican que los trastornos depresivos suelen interferir en las actividades diarias de las personas, requiriendo incluso períodos de hospitalización y con alta probabilidad de sufrir factores de riesgo asociados como enfermedades físicas, otros trastornos mentales, abuso de alcohol y de sustancias (Gadermann, Alonso, Vilagut, Zaslavsky y Kessler, 2012; Kessler et al., 2010; Rubio et al., 2011).

En Europa se han llevado a cabo varios estudios epidemiológicos. El proyecto ODIN con muestras de cinco países europeos encontró que la prevalencia de los trastornos depresivos era del 8.56%, variando desde el porcentaje más bajo del 2.6% registrado en España hasta el más alto 17.1% correspondiente a Reino Unido (Ayuso-Mateos, 2001).

Otros datos epidemiológicos son los obtenidos por el proyecto europeo ESEMeD realizado para conocer la incidencia de los trastornos mentales a nivel mundial enmarcado dentro de una iniciativa de la Organización Mundial de la Salud. En una muestra de seis países europeos (incluyendo España) encontraron que el 14% de la población informaba haber tenido algún trastorno del estado ánimo a lo largo de su vida. La prevalencia para el trastorno depresivo era del 12.8% y del 4.1% para la distimia sufridos a lo largo de la vida. El trastorno depresivo mayor era experimentado por un 4% y la distimia por un 1.2 % durante los últimos 12 meses (Alonso et al., 2004).

En España, la cantidad de estudios epidemiológicos realizados ha sido mucho menor en comparación con otros países europeos y norteamericanos y muchos se han obtenido con muestras regionales lo que ha dificultado la generalización de los resultados. Los datos recogidos con población adulta indican que el episodio depresivo mayor es el trastorno mental más frecuente oscilando entre una prevalencia del 8.7% (Vázquez y Blanco, 2008) y del 10.5% suponiendo unos cuatro millones de personas afectadas (Gabilondo et al., 2010).

En la revisión llevada a cabo por Cano-Vindel (2011) para conocer los desórdenes emocionales en atención primaria en España encuentra que el trastorno depresivo mayor es el trastorno mental más prevalente con una cifra del 3.9%. En Andalucía, por ejemplo, el 30.1% de los diagnósticos realizados en atención primaria corresponden a trastornos del estado de ánimo (Moreno y Moriana, 2012).

Aunque la prevalencia de los trastornos de estado de ánimo en España es menor en comparación con otros países europeos, se observa una tendencia creciente a aumentar el porcentaje (Cano-Vindel, 2011; Vázquez y Blanco, 2008).

Con respecto a la infancia y adolescencia, los porcentajes de prevalencia de los trastornos depresivos varían en los diferentes estudios. Estudios de meta-análisis recientes, utilizando los criterios diagnósticos de depresión mayor, distimia y otros trastornos depresivos señalan que la prevalencia del trastorno depresivo mayor en la niñez es baja alcanzado un

porcentaje de hasta un 2% (Ferrari et al., 2013), mientras que en la adolescencia y juventud estos porcentajes aumentan encontrando una mayor variabilidad en las cifras. Avenevoli et al. (2008) indican que entre los 15 y 18 años la prevalencia del trastorno depresivo mayor está en torno al 14%, mientras que otros estudios señalan cifras menores, del 6.1% (Costello et al., 2011), del 5.6% en adolescentes entre los 13 y 18 años (Costello et al., 2006) y entre el 4% y 5% en adolescentes entre los 15 y 19 años (Ferrari et al., 2013; para revisión ver Auerbach, Admon y Pizzagalli, 2014).

Esta variabilidad en las cifras de prevalencia también son señaladas por Sund, Larsson y Wichström (2011) quienes encuentran una tasa de prevalencia del 2.6% para el trastorno depresivo mayor en adolescentes entre los 14 y 16 años en Noruega. Estas cifras son comparables con las registradas en Alemania (3.4%), en Holanda (2.7%) y en el Reino Unido (1.9%) pero más bajas que las halladas en Suecia (5.8%) o en Suiza (5.0%). En Estados Unidos se ha hallado una prevalencia del trastorno depresivo mayor del 3.2% en adolescentes norteamericanos entre 12 y 19 años (Merikangas, Mendola, Pastor, Reuben y Cleary, 2012).

Aunque en España existe un menor número de estudios epidemiológicos realizados con niños y adolescentes, algunos de los llevados a cabo confirman la asunción general de que los trastornos depresivos en la infancia están por debajo del 2% (Claustre Jane et al., 2006; Domenech-Llaberia et al., 2009). Otro estudio con niños y adolescentes entre los 0 y 18 años señala una prevalencia para el trastorno depresivo de casi un 15% (Aláez, Martínez-Arias y Rodríguez-Sutil, 2000). El estudio llevado cabo por Fonseca y colaboradores (Fonseca-Pedrero, Paino, Lemos-Giráldez y Muñiz, 2011) con una muestra de 1683 adolescentes no clínicos entre los 12 y 20 años hallaron que el 2.5% presentaban una sintomatología depresiva grave, que podría ser considerada como análoga a la depresión clínica y el 7.5% presentaban una sintomatología depresiva.

Por otra parte, las cifras son mayores cuando se evalúan los trastornos depresivos que no cumplen los requisitos diagnósticos (e.g., presentar menos síntomas de los requeridos para el diagnóstico). Así, entre el 20% y el 50% de los adolescentes muestran síntomas depresivos subclínicos (para revisión ver Avenevoli et al., 2008; Mohanraj y Subbaiah, 2010; Petersen et al., 1993).

2.4. DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LA DEPRESIÓN

Las diferencias de género en la depresión es uno de los hallazgos más consistentes en la investigación sobre la psicopatología (Hankin, Wetter y Cheely, 2008). Se estima que en la vida adulta, aproximadamente el ratio de depresión en mujeres es de 2:1 con respecto a los hombres (Piccinelli y Wilkinson, 2000). Este hecho se constata en diferentes países y culturas pero con variaciones en los porcentajes (Culbertson, 1997; Hopcroft y Bradley, 2007; Nolen-Hoeksema, 2001; Poongothai, Pradeepa, Ganesan y Mohan, 2009). En el estudio llevado a cabo por Hopcroft y Bradley (2007) examinando las diferencias de género en el trastorno depresivo en 29 países concluyen que esta diferencia es mayor en los países desarrollados con mayor equidad entre los géneros que en los países menos desarrollados.

2.4.1. EMERGENCIA DE LAS DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LA DEPRESIÓN

Con respecto a los niños y adolescentes, a pesar de las diferencias en las edades y representatividad de las muestras utilizadas, de los métodos de medición y los criterios diagnósticos empleados y de los procedimientos analíticos, los estudios señalan diferencias en cuanto al género.

La investigación indica que en la infancia apenas hay evidencia de diferencias de género en los trastornos depresivos e incluso los niños tienen puntuaciones más altas que las niñas, aunque esta diferencia es pequeña (Lyons, Carlson, Thurm, Grant y Gipson, 2006; Twenge y Nolen-Hoeksema, 2002; Wichström et al., 2012). Sin embargo, en la transición hacia la adolescencia (entre los 12 – 15 años) las diferencias en cuanto al género empiezan a emerger mostrando las chicas mayores niveles tanto en síntomas depresivos (Angold et al., 2002; Canals, Domenech-Llaberia, Fernández-Ballart y Marti-Hennberg, 2002; Cole et al., 2002; Lyons et al., 2006; Twenge y Nolen-Hoeksema, 2002; Wichström, 1999) como en trastornos depresivos (Abela y Hankin, 2011; Galambos, Leadbeater y Barker, 2004; Hankin et al., 1998; para revisión ver Hankin, Wetter y Cheely, 2008).

No se puede fijar la edad exacta, aunque la mayor parte de los estudios señalan la emergencia de diferencias de género al inicio de la adolescencia (Canals et al., 2002; Galambos et al., 2004; Nolen-Hoeksema y Girgus, 1994; Twenge y Nolen-Hoeksema, 2002). Sin embargo, se encuentran excepciones. Por ejemplo, los estudios de Bailey, Zauszniewski, Heinzer y Hemstrom-Krainess (2007) y Cole y colaboradores (2002) marcan este inicio entre

los 10 y 12 años, mientras que el estudio de De Boo y Spiering (2010) entre los 8 y 12 años, es decir, al final de la niñez y pre-adolescencia, aunque la diferencia en este rango de edad es pequeña.

El período comprendido entre los 15 y 18 años es muy significativo porque el porcentaje de depresión en chicas adolescentes se incrementa (de 4% a 28%) hasta duplicar el ratio de prevalencia en comparación con los chicos (de 1% al 14%) (Hankin et al., 1998; para revisión ver Hankin, Wetter y Cheely, 2008). Otros estudios también han encontrado estas diferencias significativas en este rango de edad tanto para los síntomas como para los trastornos depresivos (Araya, Montero-Marin, Barroilhet, Fritsch y Montgomery, 2013; Canals et al., 2002; Gaspar de Matos, Barrett, Dadds y Shortt, 2003; Ge et al., 1994; Hankin et al., 1998; Rohde, Beevers, Stice y O'Neil, 2009).

Por tanto, entre la mitad y el final de la adolescencia es un período crítico por el aumento de la vulnerabilidad para el inicio de los trastornos depresivos especialmente para las chicas adolescentes (Hankin et al., 1998; Rohde et al., 2009). Diversos estudios longitudinales sobre el episodio y trastorno depresivo mayor encuentran diferencias de género siendo las chicas adolescentes quienes tienen una mayor probabilidad de experimentar trastornos depresivos en comparación con los chicos con unas cifras comprendidas entre el 5 y 9.5% frente al 2 y 5% para los chicos (Galambos et al., 2004; Merikangas et al., 2012; Rohde et al., 2009; para revisión ver Costello et al., 2006). Los datos apuntan que las chicas adolescentes tienen mayor probabilidad de sufrir un trastorno depresivo en la adolescencia y juventud (Abela y Hankin, 2011; Canals et al., 2002; para revisión ver Costello et al., 2011).

Mientras los resultados de los diversos estudios sobre los trastornos depresivos en la adolescencia muestran diferencias de género consistentes, encontramos hallazgos mixtos cuando se valoran los síntomas y síndromes depresivos. Con respecto a la sintomatología depresiva en las chicas adolescentes la probabilidad de desarrollar humor depresivo está entre un 25% y un 40% mientras que en los chicos se encuentra entre un 20% y un 35% (Petersen et al., 1993). Tanto estudios transversales como longitudinales han señalado estas diferencias de género en los síntomas depresivos siendo mayores las puntuaciones señaladas por las chicas adolescentes en comparación con los chicos (Angold et al., 2002; Burstein, Ginsburg, Petras y Jalongo, 2010; Cole et al., 2002; Dekker et al., 2007; Ge, Conger y Elder, 2001;

Hankin, 2009; Hankin, Roberts y Gotlib, 1997; Li et al., 2006; Seiffge-Krenke y Stemmler, 2002; Sund, Larsson y Wichström, 2001; Wischtröm, 1999).

En estudios con niños y adolescentes españoles también se ha constatado las diferencias de género mostrando las chicas al comienzo de la adolescencia mayores niveles de síntomas depresivos en comparación con los chicos (Calvete, 2011a; Calvete, Villardón, Estévez y Espina, 2007; Del Barrio, Mestre, Tury Samper, 2004; Del Barrio, Moreno y López, 1997; Fonseca-Pedrero, 2010; Fonseca-Pedrero et al., 2011; Padilla y Calvete, 2011).

Pero también se han hallado otros resultados. Algunos estudios no encuentran diferencias de género significativas respecto a la sintomatología depresiva (Bailey et al., 2007; González-Tejera et al., 2005; Kessler y Walters, 1998) y en otras investigaciones los hallazgos indican ausencia de diferencias de género (Abela y Hankin, 2011; Crawford et al., 2001; Mohanraj y Subbaiah, 2010; Sund et al., 2011; Vulic-Prtoric y Macuka, 2006).

No está claro de por qué las diferencias de género suceden en el trastorno depresivo y no en los síntomas depresivos, pero se han argumentado algunas posibles explicaciones de estos resultados divergentes. Una sería que los hombres son más remisos que las mujeres para admitir que están deprimidos porque no es visto muy masculino (Kessler y Walters, 1998). Otra sería el instrumento de medida utilizado. Por ejemplo, el K-SADS tiene una mayor sensibilidad para detectar las diferencias de género en depresión que el CDI debido a que valoran diferentes tipos de síntomas depresivos. El K-SADS valora la presencia de síntomas depresivos y la discapacidad y el estrés causado por los síntomas (Abela y Hankin, 2011). También podría ser que las chicas y chicos adolescentes respondan de un modo diferente a los cuestionarios sobre síntomas depresivos (Abela y Hankin 2011; Araya et al., 2013).

Otra explicación podría ser el tipo de muestra utilizada. Con muestras clínicas se pueden obtener resultados diferentes que cuando se utilizan muestras no clínicas. Por ejemplo, cuando los adolescentes son clínicamente depresivos las diferencias de género son mayores (Araya et al., 2013). Por tanto, sería conveniente la utilización de muestras representativas de la población en general (Costello et al., 2006), ya que en las muestras clínicas puede haber mayores tasas de prevalencia de depresión y síntomas más severos y mayor comorbilidad con otros trastornos (Hankin y Abramson, 2001).

En general, la evidencia de los datos sugiere que hay diferencias de género en los síntomas depresivos en los adolescentes y jóvenes aunque en algunas investigaciones no se haya encontrado (para revisión ver Costello et al., 2011; Hankin, Wetter y Cheely, 2008).

2.4.2. TRAYECTORIAS EN LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA DURANTE LA ADOLESCENCIA POR GÉNERO

Desde una perspectiva dinámica, considerando los síntomas depresivos como continuo sin alcanzar un nivel clínico, se han identificado trayectorias evolutivas en niños y adolescentes (Cole et al., 2002; Kim y Cicchetti, 2006). Se constata un incremento significativo de síntomas depresivos subclínicos durante el final de la infancia y la temprana adolescencia, especialmente en las chicas (Cole et al., 2002; Ge et al., 1994; Twenge y Nolen-Hoeksema, 2002). Se considera que este incremento puede ser el precursor de una patología más severa como es el trastorno depresivo mayor que podría prolongarse hasta la vida adulta (Dekker et al., 2007; Wiesner y Kim, 2006).

El desarrollo de los síntomas depresivos está caracterizado por mostrar una baja presencia de síntomas depresivos en los años anteriores a la adolescencia (Ge et al., 2001; Kim and Cicchetti, 2006) y un incremento que empieza sobre los 13 y 14 (Ge et al., 2001).

Se han identificado diferentes trayectorias evolutivas para ambos géneros, variando en el número de perfiles encontrados (Brendgen, Lamarche, Wanner y Vitaro, 2010; Brendgen, Wanner, Morin y Vitaro, 2005; Burstein et al., 2010; Cole et al., 2002; Costello, Swendsen, Rose y Dierker, 2008; Dekker et al., 2007; Stoolmiller, Kim y Capaldi, 2005; Toumbourou, Williams, Letcher, Sanson y Smart, 2011; Wiesner y Kim, 2006). Aunque es difícil hacer comparaciones entre los estudios debido a los diferentes métodos empleados (e.g., cómo han medido los síntomas depresivos, la edad inicial de evaluación, la duración del seguimiento), las técnicas analíticas utilizadas y las características de las muestras, los resultados obtenidos sugieren una heterogeneidad en los síntomas depresivos a lo largo de la adolescencia y juventud (Costello et al., 2008; Stoolmiller et al., 2005).

Varios estudios señalan cuatro trayectorias de síntomas depresivos, que podrían ser englobadas en: a) un nivel bajo de síntomas depresivos, b) nivel moderado de síntomas depresivos, c) nivel alto de síntomas depresivos al final de la niñez y d) aumento drástico de

los síntomas depresivos al inicio de la adolescencia hasta alcanzar niveles clínicos de depresión (Brendgen et al., 2005; Costello et al., 2008; Stoolmiller et al., 2005; Wiesner y Kim, 2006).

Otros estudios, en cambio, han identificado tres perfiles longitudinales (Brendgen et al., 2010) y seis trayectorias evolutivas (Dekker et al., 2007; Toumbourou et al., 2011) diferenciando grupos de descenso de síntomas depresivos, grupos de niveles estables y grupos con incremento en la sintomatología, con porcentajes diferentes para los chicos y las chicas.

Con respecto a las diferencias en cuanto al género, se ha constatado un grupo de chicas con síntomas depresivos crónicos en la infancia con un incremento en la adolescencia (Burstein et al., 2010; Dekker et al., 2007). Otro grupo muestra un incremento brusco de síntomas depresivos en la temprana adolescencia alcanzando un alto nivel en la mitad de la adolescencia (Brendgen et al., 2010; Dekker et al., 2007; Cole et al., 2002; Costello et al., 2008; Toumbourou et al., 2011). En general, las chicas adolescentes tienden a seguir un trayectoria con alto nivel de sintomatología depresiva desde la temprana adolescencia (Brendgen et al., 2010; Brown, Meadows y Elder, 2007; Costello et al., 2008; Hankin, 2009; Repetto, Caldwell y Zimmermann, 2005; Repetto, Zimmermann y Caldwell, 2008; Wiesner y Kim, 2006).

En los chicos se ha encontrado una trayectoria estable en síntomas depresivos (Costello et al., 2008; Dekker et al., 2007; Stoolmiller et al., 2005; Toumbourou et al., 2011; Wiesner y Kim, 2006). Otro grupo de chicos muestra un incremento de síntomas depresivos con inicio al final de la infancia (Brendgen et al., 2010; Dekker et al., 2007; Toumbourou et al., 2011). Sin embargo, Brown et al. (2007), Stoolmiller et al. (2005) y Wiesner y Kim (2006) no encuentran esta trayectoria de incremento en los síntomas depresivos en los chicos.

Un resultado no esperado de los estudios de Stoolmiller et al. (2005) y Wiesner y Kim (2006) fue un grupo de chicos con una trayectoria con altos niveles de síntomas depresivos. En general, se piensa que los hombres tienen una baja proporción de síntomas depresivos en comparación con las mujeres, pero estos resultados sugieren que hay un grupo de hombres jóvenes que sufren altos niveles de síntomas depresivos (Stoolmiller et al., 2005).

En resumen, para ambos géneros se ha identificado una trayectoria de incremento de síntomas depresivos desde la niñez hasta la adolescencia, alcanzando un alto nivel en la adolescencia. En general, se constatan trayectorias evolutivas diferentes en los chicos y chicas adolescentes. Los chicos adolescentes muestran niveles más bajos y estables en sintomatología depresiva, mientras las chicas muestran mayores incrementos de síntomas entre el final de la niñez hasta la adolescencia.

2.5. RECURRENCIA Y COMORBILIDAD DE LA DEPRESIÓN

Los estudios sobre los trastornos depresivos en la niñez y adolescencia indican que existen algunas características destacables como el riesgo de recaídas y recurrencias y la comorbilidad con otros trastornos.

Un hecho común y documentado en la depresión son las recurrencias de un nuevo episodio depresivo a lo largo de la vida. El estudio de meta-análisis llevado a cabo por Rutter y colaboradores (Rutter et al., 2006) señaló que entre el 40% y 70% de los adolescentes deprimidos experimentaban una recurrencia del trastorno depresivo mayor en la adultez. Comparados con los adolescentes no depresivos, los adolescentes depresivos tenían entre dos y siete veces más la probabilidad de ser depresivos en la vida adulta. Datos similares se concluyen del estudio de Pettit y colaboradores (Pettit, Hartley, Lewinsohn, Seeley y Klein, 2013).

La comorbilidad de la depresión con otros trastornos psicológicos en niños y adolescentes es un hecho a destacar. La comorbilidad es definida como la co-ocurrencia de dos o más trastornos dentro de un sistema diagnóstico en porcentajes mayores a los esperados por mero azar (Rohde, 2009). La comorbilidad representa un factor importante a considerar en las decisiones clínicas de tratamiento, ya que puede complicar el mismo porque suele estar asociado con un menor compromiso, con una tasa de recuperación más baja y con pocas posibilidades de continuar el tratamiento (Burke y Loeber, 2010; Rohde, 2009). Además, la comorbilidad entre los trastornos mentales es más una regla que una excepción en adolescentes y adultos (Beesdo-Baum et al., 2009; Emslie y Mayes, 1999; Kessler et al., 2012; Wichström et al., 2012).

Durante la adolescencia la depresión generalmente co-ocurre especialmente con la ansiedad. De hecho, la comorbilidad entre los trastornos depresivos y ansiosos es uno de los patrones más consistentes en niños y adolescentes. Se estima que la comorbilidad del trastorno depresivo con la ansiedad está entre el 25 – 50% (para revisión ver Avenevoli et al., 2008; González-Tejera et al., 2005; Keenan, Feng, Hipwell y Klostermann, 2009; Rohde, 2009). Parece que los trastornos ansiosos preceden a la depresión, de hecho, los síntomas de ansiedad en la niñez se asocian a un incremento de riesgo de trastorno depresivo en la adolescencia (Aune y Stiles, 2009; Essau, 2005; Goodwin, Fergusson y Horwood, 2004; Keenan et al., 2009; Kessler et al., 2012; Kovacs y Lopez-Duran, 2010).

Las investigaciones también señalan que los trastornos depresivos presentan comorbilidad con otros trastornos como, por ejemplo, los trastornos de conducta, las conductas oposicionistas desafiantes y el déficit de atención con hiperactividad (Boylan, Vaillancourt, Boyle y Szatmari, 2007; Burke y Loeber, 2010; Frías, Carrasco, Fernández, García y García, 2009; Gau et al., 2010; González-Tejera et al., 2005; Gordillo, Del Barrio y Carrasco, 2012; Karande, 2005; Rohde, 2009; Rohde, Seeley, Kaufman, Clarke y Stice, 2006; Wichström et al., 2012), con trastornos por abuso de sustancias (Gilder y Ehlers, 2012; Lansford et al., 2008; Rohde, 2009) y con trastornos de la conducta alimentaria (Marmostein, von Ranson, Iacono y Malone, 2008; Pérez, Joiner y Lewinsohn, 2004; Rohde, 2009).

Una consecuencia peligrosa en la adolescencia es el comportamiento suicida. De hecho, los estudios señalan la depresión como un factor de riesgo para la ideación y conducta suicidas (Chan et al., 2009; Emslie y Mayes, 1999; Pace y Zappulla, 2010). En concreto, se estima que la depresión está presente en el 90% de los intentos suicidas (Goldston et al., 2009). Las cifras estimativas de la OMS señalan que aproximadamente un millón de vidas se pierden debido al suicidio, esto supone unas 3000 muertes por suicidio al día (OMS, 2012).

En resumen, durante la infancia y adolescencia los trastornos depresivos suelen ser comórbidos con otros trastornos, hecho que complica la evaluación y el tratamiento. Además la depresión lleva aparejado un deterioro en la vida social, escolar y familiar del adolescente y tiende a incrementar el riesgo de desarrollar otros trastornos posteriormente en la vida. De ahí la importancia de realizar intervenciones y tratamientos tempranos para evitar sus consecuencias negativas.

2.6. FACTORES DE VULNERABILIDAD PARA LA DEPRESIÓN EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Se considera que la etiología de la depresión es multifactorial y compleja (Hankin y Abela, 2005; Garber, Korelitz y Samanez-Larkin, 2012; para revisión ver Hankin et al., 2009). Así, existen una serie de factores de riesgo, de vulnerabilidad y de protección a la depresión que interactúan entre sí y que pueden tener un efecto acumulativo. Las vulnerabilidades cognitivas contribuyen pero no son causa única de la depresión, ya que las personas pueden estar deprimidos sin tener una vulnerabilidad cognitiva (Hankin et al., 2009). El modelo transaccional cognitivo de vulnerabilidad al estrés, ampliación del modelo tradicional de vulnerabilidad/diátesis-estrés, señala que la relación entre la vulnerabilidad cognitiva, la depresión y los estresores es bidireccional. Este modelo postula que los estilos cognitivos en combinación con el estrés actúan como factores de vulnerabilidad en el desarrollo de la depresión, pero que hay otros factores que contribuyen a la generación del estrés y que prolongan la depresión en el tiempo (Hankin y Abramson, 2001).

Así, se ha centrado la atención en factores genéticos, temperamentales, influencias interpersonales de los padres y compañeros y sucesos estresantes y el contexto social (Garber et al., 2012; Hankin et al., 2009; para revisión ver Hankin, 2012). Es un modelo que ha integrado los hallazgos de las diferentes áreas de investigación sobre la depresión para intentar explicar dos fenómenos encontrados en el estudio de los trastornos depresivos: el aumento drástico de las tasas de depresión en la adolescencia y el mayor número de chicas adolescentes que desarrollan una sintomatología depresiva en comparación con los chicos (Hankin y Abramson, 2001). Es, por tanto, un modelo integrativo que conceptualiza la depresión como un trastorno multifactorial incorporando diferentes tipos de vulnerabilidades y los estresores, destacando cómo estos factores se relacionan entre ellos de un modo bidireccional a lo largo del tiempo para desarrollar la depresión en adolescentes y adultos.

2.6.1. VULNERABILIDAD COGNITIVA A LA DEPRESIÓN EN NIÑOS Y ADOLESCENTES: LA TEORIA DE LA DESESPERANZA

Según la teoría cognitiva, las variables cognitivas tienen implicaciones causales significativas en el inicio, mantenimiento y recuperación de la depresión. No es la situación o los acontecimientos en sí mismos los que producen malestar psicológico o los que determinan cómo se siente la persona, sino las interpretaciones que realiza las que influyen sobre sus emociones y su conducta (Beck, 1976, 1991).

Las teorías cognitivas de la depresión proponen que los individuos con cierta vulnerabilidad cognitiva tienen más probabilidad de desarrollar depresión cuando se enfrentan a situaciones vitales estresantes (Abramson, Metalsky y Alloy, 1989; Abramson, Seligman y Teasdale, 1978; Beck, 1976). La mayor parte de los modelos cognitivos desarrollados son modelos de vulnerabilidad – estrés.

Desde el enfoque cognitivo, la vulnerabilidad es definida como una característica interna y estable del individuo que le predispone para desarrollar la depresión después de la ocurrencia de sucesos vitales negativos o estresores (Abela y Hankin, 2008; Abela y Hankin, 2009). Estos modelos de vulnerabilidad – estrés son formulados como una interacción entre la vulnerabilidad cognitiva y los sucesos vitales. Así, la depresión se produce por la interacción entre la vulnerabilidad cognitiva de la persona y ciertas condiciones ambientales que sirven de desencadenante. En condiciones normales las personas vulnerables no se distinguen de la población general, solamente cuando se enfrentan a ciertos estresores es cuando la diferencia entre individuos vulnerables y no vulnerables emerge (Abela y Hankin, 2008; Ingram y Luxton, 2005; Monroe y Simons, 1991).

Algunos individuos tienen mayores niveles de vulnerabilidad cognitiva que otros. Así, cuanto mayor sea el nivel de vulnerabilidad cognitiva que un individuo posea, sucesos estresantes negativos mínimos pueden hacer desarrollar el inicio de los síntomas o episodios depresivos. La severidad de la depresión variará en función de la severidad de los factores de vulnerabilidad cognitiva, de la severidad de los sucesos negativos y de las interpretaciones que la persona realice de esos sucesos estresantes (Hankin y Abela, 2008; Abela y Hankin, 2009).

Entre las teorías de vulnerabilidad cognitiva que se han estudiado en niños y adolescentes se encuentran la teoría de las actitudes disfuncionales o auto-esquema negativo de Beck (1976), el modelo de desesperanza (Abramson et al., 1978, Abramson et al., 1989), la teoría de los estilos de respuesta (Nolen-Hoeksema, 1991). A pesar de que estos modelos cognitivos de la depresión enfatizan diferentes cogniciones, la hipótesis de la vulnerabilidad cognitiva derivada es similar: algunos individuos tienen más probabilidad de desarrollar depresión cuando se enfrentan a sucesos vitales debido a sus interpretaciones y expectativas sobre el significado de estos sucesos en su vida (Carter y Garber, 2011; Monroe y Simons, 1991).

La teoría de la desesperanza es una teoría cognitiva de vulnerabilidad/diátesis-estrés que señala la existencia de unos estilos inferenciales que funcionan como factores de vulnerabilidad para el desarrollo de un subtipo de depresión denominada “depresión por desesperanza” cuando la persona se enfrenta a sucesos vitales negativos (Abramson et al., 1989). Esta teoría señala tres estilos inferenciales como causas distales de la depresión por desesperanza: 1) un estilo inferencial de causa que consiste en la tendencia a atribuir los sucesos negativos a causas globales y estables, 2) un estilo inferencial de consecuencia que conlleva la tendencia a percibir que los sucesos vitales negativos van a tener consecuencias negativas y 3) un estilo inferencial de self que es la tendencia a verse a sí mismo como defectuoso después de la ocurrencia de sucesos negativos (Abela, Gagnon y Auerbach, 2007; Abela y Hankin, 2009; Abela y McGirr, 2007).

Así, los niños y adolescentes que poseen un estilo inferencial negativo tienen más probabilidad de experimentar síntomas depresivos tras los sucesos estresantes. Algunos estudios han encontrado un apoyo total señalando que el estilo inferencial negativo interactúa con los sucesos estresantes para predecir síntomas negativos (Abela, Parkison et al., 2009; Abela et al., 2006; Alloy et al., 2012; Brozina y Abela, 2006; Hankin, Abramson y Siler, 2001; para revisión ver Lakdawalla, Hankin y Mermelstein, 2007 meta análisis), mientras que otros sólo encuentran un apoyo parcial (Abela, 2002; Abela y McGirr, 2007; Abela et al., 2011; Calvete, Villardón y Estévez, 2008; Lewinsohn, Joiner y Rohde, 2001) y otros ningún apoyo (Abela y Sarin, 2002).

2.6.2. FACTORES DE VULNERABILIDAD / RIESGO Y DE PROTECCIÓN PARA LA DEPRESIÓN EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

A continuación se describen algunos de los factores considerados de riesgo para la depresión que han sido investigados.

En niños y adolescentes los factores familiares y su entorno social juegan un papel importante en el desarrollo de la depresión. La depresión de los padres se relaciona con la sintomatología depresiva en sus hijos, pero sobre todo, el trastorno depresivo de la madre tiene una gran influencia en la depresión de sus hijos (Abela, Skitch, Adams y Hankin, 2006; Campbell et al., 2009; Fear et al., 2009; Foster et al, 2008; Jaser et al., 2008; Karevold, Roysamb, Ystrom y Mathiesen, 2009; Oppenheimer, Hankin, Young y Smolen, 2013; Spence, Najman, Bor, O`Callaghan y Williams, 2002; para revisión ver Garber et al., 2012). El alcoholismo parental también se ha asociado a una mayor tasa depresiva en los hijos. Los

conflictos conyugales y las dificultades y peleas entre padres e hijos también son factores riesgo (Crawford et al., 2001; Lee et al., 2013; MacPhee y Andrews, 2006; McLaughlin et al., 2010; Spence et al., 2002), al igual que el maltrato, el abuso físico, emocional y sexual (Alloy, Abramson, Smith, Gibb y Neeren, 2006; Gibb y Abela, 2008; Gibb, Abramson y Alloy, 2004; Hankin, 2005; Hazel, Hammen, Brennan y Najman, 2008; Kim y Cicchetti, 2006, 2010; Raposa, Hammen, Brennan, O'Callaghan y Najman, 2013; Shanahan, Copeland, Costello y Angold, 2011; Shapero et al., 2014; para revisión ver Foster y Brooks-Gunn, 2009).

También son factores de riesgo todos aquellos que competen al ámbito de las relaciones interpersonales que mantienen los adolescentes. Así, el tener pocos amigos, el acoso por parte de los iguales (Gibb et al., 2004; Gibb, Stone y Crossett, 2012; Karevold et al., 2009; Lester, Dooley, Cross y Shaw, 2012; Rawana y Kohut, 2012) y la ruptura de la pareja (Jiménez García et al., 2008; Larson y Ham, 1993; Lorence Lara et al., 2009; Oliva et al., 2008), entre otros, son sucesos estresantes que constituyen un factor de riesgo para la depresión. En el capítulo primero se han expuesto los diferentes sucesos vitales negativos.

Se han propuesto factores o vulnerabilidades / influencias genéticas en el desarrollo de la depresión. Hankin y Abramson (2001) señalaron que los factores genéticos podrían ser factores de riesgo distales para el desarrollo de vulnerabilidades cognitivas. Alteraciones de los sistemas serotoinérgico y corticoadrenal podrían estar relacionados en el desarrollo del trastorno depresivo en niños y adolescentes (Hankin et al., 2009; Lau y Eley, 2008; 2009; Lau et al., 2007; para revisión ver Hankin, 2012). En los últimos años se han desarrollado estudios centrados en el papel que desempeña el gen 5-HTTLPR en el desarrollo del trastorno depresivo cuando los adolescentes experimentan sucesos estresantes. Cuando el gen 5-HTTLPR interactúa con sucesos estresantes se predicen incrementos en los síntomas depresivos. Por tanto, el factor genético confiere una vulnerabilidad a la depresión (Hankin, Jenness, Abela y Smolen, 2011; Jenness, Hankin, Abela, Young y Smolen, 2011; Oppenheimer et al., 2013).

Otros factores considerados en el desarrollo de la depresión son los rasgos de personalidad o temperamento. El neuroticismo o emocionalidad negativa es descrito como la tendencia a experimentar estados emocionales negativos como ansiedad, depresión, culpa o enfado. Los adolescentes con un alto nivel de este rasgo tienen una mayor probabilidad de experimentar estrés y desarrollar síntomas depresivos (Carrasco y Del Barrio, 2007; De Boo y

Spiering, 2010; Del Barrio et al., 2004; Hankin, 2010; Hankin y Abramson, 2001; Hankin, Lakdawalla, Carter, Abela y Adams, 2007; Karevold et al., 2009; Mezulis, Simonson, McCauley y Vander Stoep, 2011; Sutton et al., 2011; Uliaszek et al., 2012; para revisión ver Hankin, 2012; Hankin et al., 2009).

Dos constructos de personalidad que han tenido una gran atención como vulnerabilidades a los síntomas depresivos son la dependencia y la auto-crítica (Abela y Taylor, 2003; Adams, Abela, Auerbach y Skitch, 2009, para revisión ver Garber et al., 2012). De acuerdo con los autores, Blatt y Zuroff (1992) estas dos predisposiciones de personalidad explicarían por qué algunos individuos tienen mayor probabilidad que otros para desarrollar depresión. Específicamente, los individuos con alto nivel de auto-crítica están preocupados por metas de logro y son especialmente susceptibles a la depresión cuando piensan que son incapaces de alcanzar altos estándares. Por otra parte, los individuos con alto nivel en dependencia están preocupados por las metas interpersonales y tienen riesgo de depresión después de un conflicto interpersonal, pérdida o rechazo social. La dependencia y autocrítica tienen relación con los conceptos de sociotropía y autonomía de Beck (1991). Los resultados obtenidos examinando la interacción de estas vulnerabilidades con los estresores han sido mixtos. La auto-crítica o autonomía predice síntomas depresivos tras la ocurrencia de sucesos estresantes (Cohen, Young et al., 2013; Sutton et al., 2011), pero no se ha encontrado esa asociación en el estudio de Abela y colaboradores (Abela, Fishman, Cohen y Young, 2012). Con respecto a la dependencia o sociotropía hallamos que altos niveles en este rasgo está asociado con síntomas depresivos tras la ocurrencia de sucesos negativos (Abela et al., 2012; Adams, Abela y Hankin, 2007; Calvete, 2011a; Sutton et al., 2011), pero también se encuentra que no predice dichos síntomas depresivos (Cohen, Young et al., 2013).

Otros factores de riesgo valorados han sido las actitudes disfuncionales que están asociadas a la aparición de síntomas depresivos tras la ocurrencia de sucesos vitales negativos. Los niños y adolescentes con actitudes disfuncionales tienden a valorar negativamente la ocurrencia de los sucesos estresantes asociándose con el inicio y mantenimiento de la sintomatología depresiva (Abela et al., 2011; Alloy, Abramson, Whitehouse, Hogan, Panzarella y Rose, 2006; Alloy et al., 2012; Gibb, Uhrlas, Grassia, Benas y McGeary, 2009). Pero también se han encontrado resultados mixtos obteniéndose sólo apoyo parcial (Abela y Skitch, 2007; Carter y Garber, 2011; D'Alessandro y Burton, 2006; Hankin, Wetter, Cheely y Oppenheimer, 2008; Lewinsohn et al., 2001; para revisión ver Abela y Hankin, 2008, 2009; Lakdawalla et al., 2007 meta-análisis).

Otro factor de vulnerabilidad a la depresión es el estilo de respuesta rumiativa que se asocia a la sintomatología depresiva tras la ocurrencia de sucesos estresantes. Los niños y adolescentes con un estilo de respuesta rumiativo se centran pasiva y repetitivamente en sus síntomas y en las causas y consecuencias de los mismos sin intentar solucionar el problema o mejorar la situación. Así, la rumiación está asociada a una mayor severidad de los síntomas depresivos tanto en estudios transversales (Abela, Vanderbilt y Rochon, 2004; Alloy et al., 2012; Erdur-Baker, 2009; Hong et al., 2010; Wadsworth et al., 2005) como longitudinales señalando un incremento de la sintomatología depresiva a lo largo del tiempo (Abela, Hankin, Sheshko, Fishman y Stolow, 2012; Abela, Parkinson et al., 2009; Burwell y Shirk, 2007; Driscoll, Lopez y Kistner, 2009; Felton, Cole y Martin, 2013; Flancbaum et al., 2011; Hankin, 2008a; Roelofs, et al., 2009; Ziegert y Kistner, 2002; para revisión ver, Abela y Hankin, 2008, 2009) así como para el inicio de la depresión clínica (Abela y Hankin, 2011).

Las vulnerabilidades de tipo interpersonal como la búsqueda de aprobación, el apego inseguro y el apoyo social también se han relacionado con la depresión en niños y adolescentes. La búsqueda de aprobación se ha asociado con un incremento de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes (Abela et al., 2005; Abela, Morrison y Starrs, 2007; Abela, Zuroff, Ho, Adams y Hankin, 2006; para revisión ver Garber et al., 2012). El apego inseguro también se ha relacionado con la depresión (Abela et al., 2005; Abela, Zinck, Kryger, Zilber y Hankin, 2009; Lee y Hankin, 2009; para revisión ver Garber et al., 2012). Sin embargo el estudio de Gaylord-Harden y colaboradores (2009) no encuentra esa relación. Estos autores señalan que quizás este resultado sea debido al tipo de muestra utilizada (clase baja con bajos ingresos) en el que el papel del cuidador principal está ejercido por parientes y no sólo por los padres.

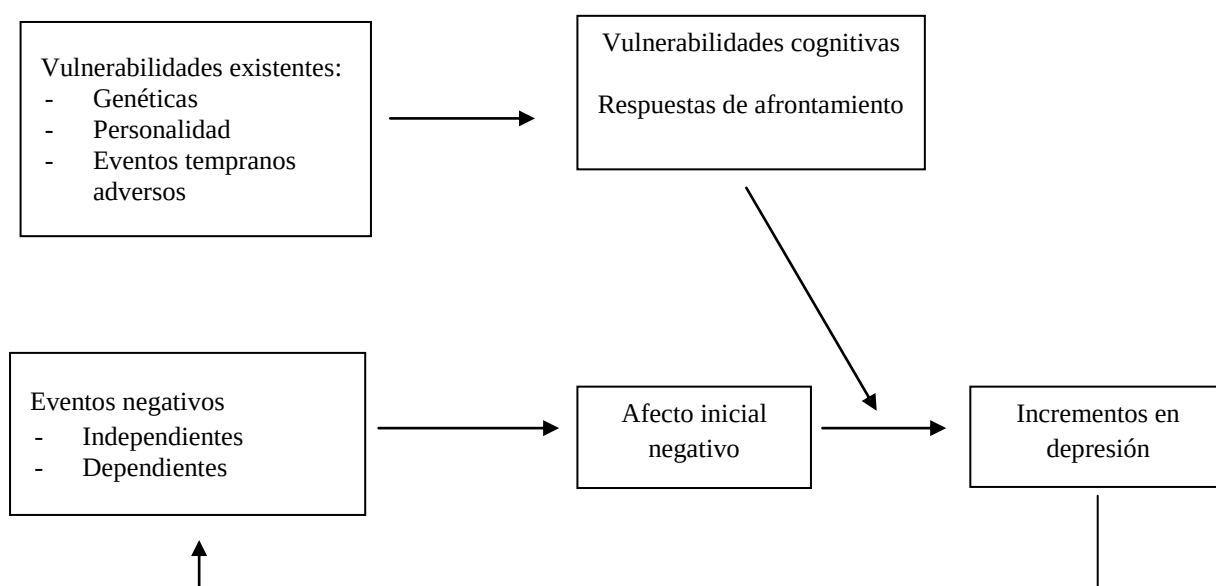
El apoyo social supone un factor de protección frente a la sintomatología depresiva en los adolescentes (Ellis, Nixon y Williamson, 2009; Flynn, Kecmanovic y Alloy, 2010), sobre todo, el proporcionado por la familia, en especial de los padres (Weinstein, Mermelstein, Hedeker, Hankin y Flay, 2006), al igual que el apoyo social de los amigos e iguales (Weinstein et al., 2006). En cambio, el déficit de apoyo social, tanto por parte de su familia como de los iguales, es un factor de riesgo para la depresión (Brendgen et al., 2010; Burton, Stice y Seeley, 2004; Sontag y Graber, 2010).

En el cuadro siguiente aparecen reflejados los factores de vulnerabilidad o de riesgo a la depresión en la infancia y adolescencia.

Factores de vulnerabilidad o de riesgo a la depresión en la infancia y adolescencia

- Factores genéticos
 - Personalidad
 - Vulnerabilidades cognitivas: actitudes disfuncionales, estilo inferencial negativo, estilo de respuesta rumiativo.
 - Trastorno afectivo en los padres
 - Sexo femenino
 - Factores interpersonales: apego inseguro, apoyo social, búsqueda de aprobación
 - Sucesos vitales negativos
 - Antecedentes de abuso o maltrato emocional, físico y sexual en la infancia
 - Baja autoestima y auto-valía
-

Se presenta el esquema del modelo transaccional de vulnerabilidad cognitiva a la depresión propuesto por Hankin y Abramson (2001). En este modelo transaccional de vulnerabilidad cognitiva al estrés los sucesos estresantes iniciarían la cadena causal al producir un incremento de los niveles iniciales de afecto y emociones negativas. Si esta emoción/afecto negativo se prolonga en el tiempo puede dar lugar a un incremento en la sintomatología depresiva. Tras la ocurrencia de un suceso estresante este afecto negativo se incrementa en aquellas personas que tienen vulnerabilidades previas (Abela, 2002; Hankin, Abramson, Miller y Haefel, 2004; Metalsky, Halberstadt y Abramson, 1987). Por tanto, los factores de vulnerabilidad cognitiva a la depresión (actitudes disfuncionales, estilos inferenciales negativos y estilo de respuesta rumiativo) sirven como moderadores para que el afecto negativo inicial se convierta en depresión. Estas vulnerabilidades interaccionan con el suceso estresante para contribuir al incremento de la sintomatología depresiva.



(Vulnerabilidades cognitivas pueden interactuar con el afecto inicial negativo y/ o los eventos estresantes)

Figura 1. Figura del modelo transaccional de vulnerabilidad cognitiva al estrés (Hankin y Abramson, 2001, p.777).

El modelo incluye también la generación de estrés, ya que la persona depresiva puede contribuir a la creación de sucesos estresantes negativos. Además, la existencia de vulnerabilidades tempranas genéticas, los rasgos de personalidad como el neuroticismo, el apego inseguro, el maltrato emocional infantil son vulnerabilidades que pueden contribuir al desarrollo de la depresión aumentando la probabilidad de desarrollar más estresores y vulnerabilidades encontrándose estos factores interconectados entre ellos. Es por tanto un modelo que integra los diferentes factores y procesos implicados en el desarrollo de la depresión.

2.7. FACTORES EXPLICATIVOS BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIALES DE LAS DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LA DEPRESIÓN

Las diferencias de género en depresión han sido estudiadas desde diferentes perspectivas pero todavía no se ha encontrado una explicación suficiente y completa. Los modelos teóricos propuestos para explicar el incremento de las tasas de depresión de las chicas durante la adolescencia han estudiado factores biológicos, psicológicos, interpersonales y sociales y su interacción (Hankin y Abramson, 2001; Hankin, Wetter y Cheely, 2008; Hyde

et al., 2008; Keenan y Hipwell, 2005; Mezulis, Hyde, Simonson y Charbonneau, 2011; Nolen-Hoeksema y Girgus, 1994).

Por ello, se ha señalado la importancia de valorar los factores biológicos y genéticos en combinación con factores ambientales para explicar las diferencias de género en depresión. La variación del nivel de hormonas femeninas (e.g., estrógeno y progesterona) está relacionado con el afecto negativo en las chicas adolescentes (Joinson et al., 2012; Piccinilli y Wilkinson, 2000). Algunas mujeres y chicas adolescentes presentan síntomas depresivos cuando se producen variaciones en el nivel de hormonas ováricas (e.g., post-parto, premenstruación, menopausia y pubertad). También se ha evaluado el eje hipotalámico-pituitario (encargado de la respuesta biológica al estrés) y la serotonina, neurotransmisor encargado de la regulación del estado de ánimo, encontrando que las mujeres tienen una peor regulación pero los datos no son concluyentes (Nolen-Hoeksema, 2001). Las diferentes investigaciones señalan que aunque los factores biológicos y genéticos, neuroendocrinos y bioquímicos influyen en las diferencias de género, todavía no está establecida la relación causal (para revisión ver Hilt y Nolen-Hoeksema, 2009; Lau y Eley, 2008, 2009; Lau et al., 2007; Piccinilli y Wilkinson, 2000; Strauman, Costanzo y Garber, 2011; Zavos, Gregory, Lau y Eley, 2011). Es necesario estudios que profundicen en los efectos de los factores genéticos y el ambiente.

También se han considerado algunos rasgos de personalidad como una posible explicación de por qué las chicas adolescentes se deprimen más en comparación con los chicos. Se ha evaluado el neuroticismo como un factor de riesgo para el trastorno depresivo. Las chicas adolescentes presentan mayores niveles de neuroticismo o emocionalidad negativa en comparación con los chicos (De Boo y Spiering, 2010; Hilt y Nolen-Hoeksema, 2009; para revisión ver Hankin, Wetter y Cheely, 2008).

Otro factor considerado es el proceso de socialización en el que están inmersos los niños y niñas desde la temprana infancia en el que se les pide que se ajusten al rol de su género. Así, se anima a los niños para que expresen su enfado, mientras que las niñas son orientadas para las relaciones interpersonales y a expresar sus emociones (para revisión ver Hankin, Wetter y Cheely, 2008).

Las mayores tasas de depresión en las chicas adolescentes pueden ser explicadas por la presión para identificarse y adoptar el rol o estereotipo de género mostrando una mayor

feminidad (Cox, Mezulis y Hyde, 2010; Nolen-Hoeksema, 1994, 2001; Wichström, 1999). Así, las chicas adoptan características como ser compasiva y tierna, empática y sensible a las necesidades de los demás y cuidar las relaciones interpersonales.

Las chicas adolescentes muestran una mayor orientación hacia las relaciones interpersonales en comparación con los chicos, dando mucha importancia a las relaciones emocionales con otras personas, al apoyo recibido y al nivel de confianza establecido (Rose y Rudolph, 2006; Rueger, Malecki y Demaray, 2008). Tienen una mayor necesidad de afiliación, mostrando una excesiva empatía y una mayor dependencia en sus relaciones con otras personas aumentando la probabilidad de desarrollar síntomas depresivos en situaciones interpersonales estresantes (Keenan y Hipwell, 2005).

La mayor necesidad de las chicas adolescentes por el apoyo y aprobación social hace que tengan una mayor probabilidad de desarrollar síntomas depresivos (Little y Garber, 2005; Prinstein, Borelli, Cheah, Simon y Aikins, 2005). Las diferencias de género en la socialización sugiere que las chicas muestran más síntomas depresivos cuando tiene problemas con sus iguales (Conway, Rancourt, Adelman, Burk y Prinstein, 2011). Aunque los estudios previos indican que para las chicas adolescentes las relaciones problemáticas con sus iguales y amigos suponen un factor de riesgo para la depresión, el estudio de MacPhee y Andrews (2006) no encuentra que sea un factor de riesgo.

La imagen corporal también ha sido considerada como un factor de riesgo para la depresión en las chicas. La insatisfacción por su cuerpo e imagen corporal negativa están asociadas a síntomas depresivos en las chicas adolescentes (Nolen-Hoeksema, 1994; Seiffge-Krenke y Stemmler, 2002; Wichström, 1999). Sin embargo, otros estudios no han hallado que tenga esa influencia (Galambos et al., 2004; MacPhee y Andrews, 2006).

Otro de los factores psicológicos de riesgo de depresión en las chicas adolescentes es la autoestima. Para las chicas adolescentes, el estar insatisfechas con el propio *self*, forma de ser y verse sin cualidades positivas es un predictor para los síntomas depresivos (MacPhee y Andrews, 2006; Nolen-Hoeksema, 1994). Además, la autoestima está ligada a la imagen corporal en las chicas adolescentes (Nolen-Hoeksema, 1994).

Los sucesos vitales, sobre todo, los de naturaleza interpersonal son otros factores de riesgo considerados. Para las chicas adolescentes, las relaciones interpersonales que mantienen con sus iguales, amigos y padres son muy importantes porque están caracterizadas por grandes niveles de intimidad, apoyo emocional y de confianza mutua y autoconocimiento (Rose y Rudolph, 2006).

Como se ha indicado en el capítulo 1, según algunos estudios, las chicas adolescentes se diferencian de los chicos en que experimentan más sucesos estresantes y de índole interpersonal y dependiente (aquellos que pertenecen al ámbito de los amigos y compañeros, familia y relaciones románticas). Los chicos, en cambio, experimentan sucesos asociados con el logro (Crawford et al., 2001; Hankin, Mermelstein et al., 2007; Larson y Ham, 1993; Mezulis et al., 2010; Rose y Rudolph, 2006, para revisión ver Hammen, 2009a, 2009b). Los sucesos relacionados con los amigos e iguales están asociados con la mayor tasa de síntomas depresivos que muestran las chicas adolescentes en comparación con los chicos (Conway et al., 2011; Hankin, Mermelstein et al., 2007; Hoglund y Leadbeater, 2007). No obstante, hay estudios que han encontrado que las chicas no difieren en el número de sucesos estresantes experimentados (Abela y Hankin, 2011; Abela, Parkinson, et al., 2009; Calvete, 2011a; Rudolph y Hammen, 1999).

Otro factor explicativo de las diferencias de género en depresión por parte de las mujeres y chicas adolescentes es la vulnerabilidad cognitiva (Hankin y Abramson, 2001). Las diferentes investigaciones han intentado averiguar si los estilos inferenciales de causa, *self* y consecuencia son factores involucrados en las diferencia de género en depresión. Los resultados hallados hasta el momento no son definitivos.

Con respecto a los estilos inferenciales, en la infancia y preadolescencia no se han encontrado diferencias significativas en cuanto al género (Mezulis et al., 2010). Sin embargo, se ha hallado que los niños muestran un estilo inferencial más negativo en comparación con las niñas (Lyons et al., 2006; Mezulis, Hyde y Abramson, 2006). En la adolescencia, se ha encontrado que a partir de los 15 años las chicas muestran estilos inferenciales más negativos en comparación con los chicos (Mezulis et al., 2010). Pero el estudio de Lewinsohn et al. (2001) encontró que el estilo atribucional negativo lo presentaban más los chicos que las chicas adolescentes.

Se han evaluado los tres estilos inferenciales para intentar encontrar las diferencias de género. Así, por ejemplo, las chicas adolescentes muestran un estilo inferencial general más negativo e inferencias negativas sobre uno mismo en comparación con los chicos (Calvete, 2011a; Calvete et al., 2007; Hankin y Abramson, 2002). Otros estudios han encontrado diferencias de género en el estilo inferencial de *self* (Adams et al., 2007) y en el estilo inferencial de *self* y consecuencia (Abela, Parkinson et al., 2009). El estudio longitudinal de Hankin (2009) encuentra que la interacción entre los estilos inferenciales y los sucesos estresantes explica la diferencia de género en depresión.

En general, no hay resultados definitivos de que las chicas adolescentes posean estilos inferenciales más negativos en comparación con los chicos y que ello suponga una mayor vulnerabilidad que explique las mayores cifras de depresión en chicas adolescentes.

Otro factor considerado para explicar las diferencias de género en la depresión en la adolescencia ha sido atribuido al mayor uso del estilo de respuesta rumiativo sobre sus emociones negativas por parte de las chicas (Nolen-Hoeksema, 2001; Nolen-Hoeksema y Girgus, 1994). Las investigaciones con muestras de niños y preadolescentes han obtenido resultados mixtos. Por una parte, se ha encontrado diferencias de género en rumiación siendo las niñas quienes utilizan más este estilo de respuesta (Driscoll et al., 2009; Hampel y Peterman, 2005; Jose y Brown, 2008; Mezulis, Priess y Hyde, 2011; Ziegert y Kistner, 2002). En cambio, otros estudios no han encontrado esta diferencia (Abela et al., 2004; Abela, Hankin et al., 2012; Adams et al., 2007).

Otro fenómeno relacionado con las diferencias de género es la co-rumiación, mostrando las chicas adolescentes mayores niveles en comparación con los chicos. La co-rumiación se refiere a un proceso diádico en el que la persona discute sus problemas personales con otra persona, esto implica *“discutir el mismo problema repetidamente, animándose mutuamente en la discusión de problemas, especulando sobre los problemas y centrándose en los sentimientos/emociones negativas”* (Rose, 2002, p. 1830). Se considera que puede constituir un mecanismo que puede explicar el incremento de la depresión femenina en este período (Stone, Hankin, Gibb y Abela, 2011).

Otro factor que puede explicar las diferencias de género en el incremento de la vulnerabilidad para el desarrollo de la depresión en las chicas adolescentes es el estilo de

afrontamiento. Diversos estudios muestran que la utilización de las estrategias de afrontamiento disfuncionales por parte de las chicas adolescentes coloca a éstas en un mayor riesgo para el desarrollo de la sintomatología depresiva en comparación con los chicos adolescentes. Así, las chicas adolescentes que utilizan más frecuentemente estrategias de afrontamiento de distanciamiento (e.g., evitación, negación, retraimiento) incrementan la probabilidad de desarrollar síntomas depresivos en comparación con los chicos (Calvete et al., 2011; Hampel y Petermann, 2005; Seiffge-Krenke, 2011; Seiffge-Krenke y Klessinger, 2000; Seiffge-Krenke y Stemmler 2002; Vulic-Prtoric y Macuka, 2006). Otros estudios, en cambio, no encuentran estas diferencias de género señalando que este estilo de afrontamiento es un factor de vulnerabilidad para ambos géneros (Auerbach et al, 2010; Nicolotti, et al., 2003).

Con respecto a otros estilos de afrontamiento como el afrontamiento activo o de implicación (e.g. solución de problemas, expresión emocional, regulación), los estudios señalan que una mayor utilización por parte de las chicas adolescentes reduce la sintomatología depresiva, pero este efecto no se produce en los chicos adolescentes actuando para ellos como factor de vulnerabilidad (De Boo y Spiering, 2010; Gaylord-Harden et al., 2009; Nicolotti, et al., 2003; Sontag y Graber, 2010).

El apoyo social es un factor de protector para las chicas adolescentes asociado a menores síntomas depresivos en comparación con los chicos adolescentes (Feldman et al., 1995; Nicolotti, et al., 2003; Rose y Rudolph, 2006; Tamres et al., 2002), sin embargo, el estudio de De Boo y Spiering (2010) no muestra este efecto de protección del apoyo social para las chicas.

2.8. CONCLUSIÓN

Los diferentes estudios epidemiológicos señalan el incremento de la prevalencia de los trastornos depresivos durante la adolescencia y la vida adulta. A la vez se constata que las diferencias de género en depresión empiezan a emerger en la temprana adolescencia, a partir de los 13 años de edad, ya que en la infancia la prevalencia del trastorno depresivo está por debajo del 2%.

En cambio, en la adolescencia, entre los 15 y 18 años, es decir, desde la temprana adolescencia hasta el final de la misma es un período clave porque es cuando se produce la mayor incidencia del trastorno depresivo, aproximándose a los niveles observados en la

población adulta. Es, por tanto, un período importante para tomar medidas preventivas, ya que los síntomas depresivos en la adolescencia pueden tener una continuidad y recurrencia en la vida adulta.

En cuanto a las diferencias de género, se ha encontrado que las chicas adolescentes tienen un mayor incremento de los síntomas depresivos desde el final de la niñez hasta la adolescencia, llegando a tasas de 2:1 en comparación con los chicos. En cambio, los chicos presentan unos niveles más bajos y estables en sintomatología depresiva durante este período. Una elevada trayectoria de síntomas depresivos durante esta etapa puede suponer una vulnerabilidad para desarrollar problemas emocionales en la juventud y vida adulta tanto en chicas como en chicos.

El incremento de sintomatología depresiva durante la adolescencia ha hecho que se consideren diferentes factores de riesgo y vulnerabilidades para el desarrollo del trastorno depresivo. Desde la psicología se ha puesto especial énfasis en averiguar el papel que desempeñan las vulnerabilidades cognitivas y los sucesos vitales estresantes en la etiología de este trastorno.

Dadas las diferencias de género en depresión señaladas en los estudios epidemiológicos en la adolescencia, se han valorado los diferentes factores que pueden contribuir a este hecho. Todavía no existe una teoría integradora que explique de un modo definitivo y determinante cuándo y por qué emergen y se mantienen las diferencias de género en depresión desde la adolescencia hasta la edad adulta.

Se han evaluado diferentes factores de riesgo que incluyen los aspectos biológicos y genéticos, las vulnerabilidades cognitivas, en concreto los estilos inferenciales y el estilo de respuesta rumiativo, los estresores interpersonales, la imagen corporal y rasgos de personalidad (para revisión Hankin, Wetter y Cheely, 2008; Zavos et al., 2011). Respecto a las vulnerabilidades cognitivas, las diferentes investigaciones realizadas hasta la fecha no han aclarado si las chicas adolescentes tienen un estilo inferencial (de causa, consecuencia y *self*) más negativo que los chicos.

Al igual que ocurre en la depresión que se considera un fenómeno multidimensional, la etiología de las diferencias de género en el trastorno depresivo apunta hacia la interacción de los factores biológicos, sociales y psicológicos.

CAPÍTULO III

GENERACIÓN DE ESTRÉS Y DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA

3.1. GENERACIÓN DE ESTRÉS EN LA DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES

Como se ha descrito en los capítulos anteriores, la adolescencia supone un período de cambios en la vida de la persona que incluyen los cambios biológicos de la pubertad, los cambios en la escolaridad y en las relaciones con sus padres, amigos y compañeros que requieren ajustes. Además, los adolescentes tienen una mayor autonomía, incrementan sus responsabilidades en el ámbito académico y personal y tienen las primeras relaciones amorosas (Hammen, 2009a; Rudolph, 2008), constituyendo un período crítico para el desarrollo de los trastornos depresivos (Hankin et al., 1998). Es una etapa en la que aumenta el número de sucesos estresantes a los que tiene que enfrentarse el adolescente (Ge et al., 1994; Pettit et al., 2010), sobre todo, aquellos de naturaleza interpersonal (Rudolph y Hammen, 1999; Seiffge-Krenke et al., 2009).

Uno de los predictores importantes de la depresión es la exposición a los sucesos vitales negativos (Grant y McMahon, 2005). Por eso, es esencial entender las asociaciones dinámicas entre el estrés y la depresión para comprender la etiología y su continuidad o cronicidad a lo largo de la vida, así como las diferencias individuales implicadas en esta relación que pueden explicar las causas y consecuencias del trastorno depresivo (Liu y Alloy, 2010; Shapero, Hankin y Barrocas, 2013).

3.2. MODELO DE EXPOSICIÓN AL ESTRÉS: RELACIÓN INICIAL ESTRÉS – DEPRESIÓN

Como se ha expuesto en los capítulos anteriores, la exposición a los sucesos vitales estresantes está asociada con riesgo para el inicio del trastorno depresivo (Hammen, 2005).

El modelo de exposición al estrés de la depresión implica que los sucesos estresantes incrementan la vulnerabilidad de la persona a la depresión, de hecho en el inicio se asumió que la relación entre el estrés y la depresión era unidireccional. Desde esta perspectiva, las personas eran sujetos pasivos ante los estresores ambientales teniendo un papel poco significativo en el desarrollo de la depresión. Esta visión fue debida a que las primeras investigaciones daban importancia a los sucesos independientes con respecto a los dependientes (Liu, 2013).

Los sucesos independientes son aquellos que suceden fuera del control de la persona como, por ejemplo, la muerte de un ser querido o de un amigo, o los desastres naturales. Los sucesos vitales dependientes son aquellos cuya ocurrencia está influida por las características

del individuo o como resultado de la actuación de la persona (Daley et al., 1997; Hammen, 2005). Ejemplo de ellos serían las dificultades financieras, conyugales o académicas (a pesar de que estos ejemplos podrían ser estresores independientes bajo determinadas circunstancias). Además, los sucesos estresantes pueden caracterizarse por otra dimensión adicional: interpersonal/no interpersonal. Los sucesos interpersonales son las dificultades con la familia, los amigos u otras personas significativas, mientras que el estrés no interpersonal se refiere a los problemas laborales, educacionales o de salud (Hammen, 1991, 2005; Uliaszek et al., 2012).

Hammen (1991) proporcionó el modelo teórico para entender el papel de los estresores dependientes en la patogenia de la depresión, modelo que expondremos a continuación.

3.3. MODELO DE GENERACIÓN DE ESTRÉS DE LA DEPRESIÓN

El modelo de exposición al estrés se ha centrado en enfatizar exclusivamente en los efectos del estrés sobre la depresión. Sin embargo, en los últimos 20 años el interés de la investigación sobre depresión se ha trasladado hacia una relación compleja y recíproca entre el estrés y la depresión, incluyendo así una influencia bidireccional (Hammen, 2009b; Liu y Alloy, 2010).

En el modelo de generación de estrés, la persona es vista como un sujeto activo en su relación con el entorno, en el cual juega un papel importante, ya que contribuye a la ocurrencia de sucesos estresantes dependientes que influyen en el desarrollo de la depresión (Daley et al., 1997; Hammen, 2006). Tiene lugar, por tanto, una relación recíproca en la que la depresión está asociada con una mayor probabilidad de generar estresores y éstos incrementan el riesgo a la depresión posteriormente.

Hammen (1991) fue quien primero utilizó el término de “generación de estrés” para señalar que los individuos vulnerables a la depresión no son meros respondientes a los sucesos estresantes, sino agentes activos en la creación de estresores vitales que aumentan el riesgo de depresión. Los individuos vulnerables a la depresión, comparados con aquellos sin tal vulnerabilidad, experimentan unas tasas más altas de sucesos dependientes, especialmente referentes al ámbito interpersonal, pero no serán diferentes en referencia a los sucesos independientes.

Hammen (1991) utilizó el término de generación de estrés para describir el resultado de su estudio longitudinal de un año de duración con una muestra clínica de mujeres con historia de depresión unipolar recurrente. Observó que las mujeres con una historia de depresión unipolar, en comparación con mujeres con una historia de enfermedad médica crónica, trastorno bipolar y aquellas que no presentaban trastorno, experimentaron mayores tasas de sucesos estresantes dependientes, los cuales eran en parte causados por sus propios rasgos de personalidad o sus características conductuales. La diferencia de este grupo estaba más pronunciada en los sucesos estresantes dependientes caracterizados por conflictos en las relaciones interpersonales. En cambio, las mujeres con depresión unipolar no experimentaban mayores tasas de sucesos independientes en comparación con los otros grupos de mujeres (Hammen, 1991, 2006).

A pesar de que la generación de estrés inicialmente fue asociada con el diagnóstico de depresión y sintomatología depresiva, ello no significa que sean los únicos factores que incrementen la generación de estrés. De hecho, se ha comprobado que individuos depresivos contribuyen a la generación de estresores incluso cuando ellos no están sufriendo el episodio depresivo (Daley et al., 1997; Hammen, 1991). Por tanto, no sólo el episodio depresivo, sino que otros factores como las características personales y las conductas de los individuos depresivos contribuyen a las elevadas tasas de estresores.

Los sucesos estresantes dependientes están de alguna manera influidos por las características disfuncionales (e.g., estilos cognitivos, rasgos de personalidad, estilos de apego, valores y expectativas) y conductas del individuo (Hammen, 1991, 2006). La generación de sucesos dependientes juega un papel importante en el mantenimiento de la depresión actual o en el incremento de la probabilidad del inicio y recurrencia de la depresión (Hammen, 1991; Joiner, Wingate y Otamendi, 2005). La generación de estrés puede incluso influir en el curso crónico de la depresión (Monroe y Harkness, 2005).

La generación de estrés en la patogénesis de la depresión ha conducido a la revisión de los modelos teóricos iniciales y a desarrollar otros nuevos integrando tanto la perspectiva de exposición al estrés como la generación de estrés dentro de modelos transaccionales de la depresión (Hankin y Abramson, 2001; Joiner, Wingate et al., 2005b). En estos modelos transaccionales o recíprocos, las vulnerabilidades a la depresión y los síntomas depresivos del individuo interactúan con el estrés de un modo bidireccional, siendo las vulnerabilidades a la

depresión y los síntomas depresivos los que generan estrés posterior y el estrés influye en el desarrollo de estas vulnerabilidades o síntomas (Liu, 2013; para revisión ver Liu y Alloy, 2010).

Por tanto, la generación de estrés implica que los individuos con trastornos depresivos experimentan más sucesos vitales estresantes episódicos debido en parte a sus propias características y conductas en comparación con personas sin historia de depresión (Hammen, 2006). De esta manera, los individuos depresivos contribuyen activamente a crear sucesos estresantes y estas condiciones estresantes precipitan la continuidad o recurrencia de la depresión (Hammen, 2006; Shih y Eberhart, 2008).

El modelo de generación de estrés en el que los individuos con diagnóstico de depresión incrementan la ocurrencia de sucesos estresantes dependientes ha sido comprobado con diferentes grupos de edad. Por ejemplo, con adultos con diagnóstico de depresión (Chun, Cronkite y Moos, 2004), con jóvenes con depresión y con altos niveles de síntomas depresivos (Conway, Hammen y Brennan, 2012; Daley, Hammen, Davila y Burge, 1998; Hammen, Brennan y Le Brocque, 2011) y con adultos jóvenes con historia infantil de maltrato emocional (Hankin, 2005).

Con muestras de población infantil y adolescente también ha sido comprobado. Por ejemplo, ha sido confirmada con niños de madres depresivas (Adrian y Hammen, 1993), con niños y adolescentes con trastorno depresivo (Connolly, Eberhart, Hammen y Brennan, 2010; Daley et al., 1997; Harkness, Lumley y Truss, 2008; Harkness y Stewart, 2009; Rudolph, 2008; Rudolph et al., 2000) y con niños y adolescentes con sintomatología depresiva (Cole, Nolen-Hoeksema, Girgus y Paul, 2006; Hankin, Mermelstein et al., 2007; Shapero, Hankin et al., 2013), con estudiantes universitarios (Barker, 2007; Gibb, Beevers, Andover y Holleran, 2006; Joiner, Wingate et al., 2005a; Shih, 2006). Además, la generación de estrés también ha sido confirmada tanto para estresores episódicos o agudos (Daley et al., 1997; Harkness et al., 2008) como para estresores crónicos (Hammen et al., 2011; Nelson, Hammen, Daley, Burge y Davila, 2001; Uliaszek et al., 2010).

La mayoría de los estudios previos examinando la hipótesis de la generación de estrés ha encontrado que las elevadas tasas de estresores en las personas con trastorno y sintomatología depresiva no suceden con sucesos independientes, sino con sucesos

dependientes de contenido interpersonal (Hammen, 2005, 2006; para revisión ver Liu y Alloy, 2010). Sin embargo, otras investigaciones han encontrado que los adolescentes con trastorno depresivo generan no sólo mayores tasas de sucesos dependientes interpersonales sino también de dependientes no interpersonales e independientes (Harkness y Stewart, 2009; Kercher, Rapee y Schniering, 2009). Shapero y colaboradores también encuentran un incremento en los sucesos interpersonales independientes en los adolescentes (Shapero, Hankin et al., 2013). Uliaszek y colaboradores encuentran incremento en los sucesos no interpersonales pero sólo en las chicas adolescentes (Uliaszek et al., 2010).

Son pocos los estudios que no han encontrado que los síntomas depresivos predigan estrés dependiente posterior (Gunthert, Cohen y Armeli, 2002; Sahl, Cohen y Dasch, 2009). Otro estudio confirma parcialmente el papel de los síntomas depresivos como factores de riesgo para los sucesos dependientes, ya que mientras la depresión en el tiempo 2 predecía sucesos negativos en el tiempo 3, no había esta relación entre la depresión y los sucesos negativos en el tiempo 1 y 2 (Judah et al., 2013). En el estudio de Sahl et al. (2009) se ha utilizado un corto espacio de tiempo (siete días), el cuál es demasiado breve para detectar el efecto de la generación de estrés del ánimo deprimido (para revisión ver Liu y Alloy, 2010). Señalar que estos estudios que no han confirmado el modelo de generación de estrés se han basado en medidas de auto-informe de estrés que son subjetivas debido al estado de ánimo en el momento de responder, a una interpretación negativa por parte del sujeto deprimido o a un sesgo de la memoria, además de que fallan para captar el contexto individual en el que ocurre cada suceso estresante (Judah et al., 2013; para revisar ver Liu y Alloy, 2010).

Los diversos estudios apoyan la hipótesis de la generación de estrés en los que los jóvenes/adolescentes son sujetos activos que interactúan con su ambiente social contribuyendo al incremento, sobre todo, de estresores interpersonales, produciéndose una continuidad del trastorno depresivo. En este proceso bidireccional, la depresión precede e incrementa la probabilidad de los sucesos vitales negativos. La depresión compromete a la habilidad de la persona para funcionar efectivamente, incrementando la ocurrencia de sucesos vitales estresantes negativos (Hammen, 1991, 2006).

Con respecto a los estudios con muestras españolas valorando el modelo de generación de estrés sólo hemos encontrado los llevados a cabo por Calvete y colaboradores, quienes señalan que los síntomas depresivos iniciales generan estrés posterior e incluso añaden la

evidencia de que los estilos cognitivos pueden generar estrés (Calvete, 2011a, 2011b; Calvete, Orue y Hankin, 2013; Calvete, Orue y Hankin, 2015).

Por tanto, sería necesaria la realización de más estudios en nuestra cultura que intenten confirmar el modelo de generación de estrés en la depresión, lo cual es uno de los objetivos de la presente investigación.

3.4. VULNERABILIDAD COGNITIVA E INTERPERSONAL RELEVANTE EN LA GENERACIÓN DE ESTRÉS

La investigación sobre la generación de estrés ha mostrado que el trastorno y síntomas depresivos predicen los estresores dependientes posteriores (Hammen, 1991, 2006). Sin embargo, esto no significa que la depresión sea el único factor que conduzca a un incremento en la generación de estresores. De hecho, hay evidencia de que los individuos con una historia de depresión contribuyen a la generación de estrés incluso cuando no están sufriendo el episodio depresivo (Daley et al., 1997; Hammen, 1991). De acuerdo con la asunción del modelo de generación de estrés (Hammen, 1991, 2006; para revisión ver Liu y Alloy, 2010), las características y conductas disfuncionales del individuo depresivo así como los factores cognitivos y de personalidad están implicados en la generación de estrés. Diversas investigaciones han intentado valorar el papel de los factores cognitivos y de personalidad en el modelo de generación de estrés.

3.4.1. PREDICTORES DE LA GENERACIÓN DE ESTRÉS: ESTILOS COGNITIVOS NEGATIVOS

Se ha investigado el papel de la vulnerabilidad cognitiva a la depresión intentando integrar los modelos de generación de estrés y vulnerabilidad cognitiva-estrés. Por una parte, los modelos de diátesis/vulnerabilidad-estrés (Ingram y Luxton, 2005) enfatizan que los individuos tienen vulnerabilidades pre-existentes que contribuyen al trastorno y a los síntomas depresivos en presencia de estrés vital, pero no explican cómo los individuos influyen en su entorno. Por otra parte, el modelo de generación de estrés (Hammen, 1991, 2006) subraya que los individuos depresivos contribuyen a la ocurrencia de estresores en sus vidas, los cuales incrementan su vulnerabilidad al trastorno y a los síntomas depresivos. Los investigadores de los dos modelos han mostrado un creciente interés o énfasis en el proceso transaccional, en el que los individuos contribuyen a la ocurrencia de los estresores en sus vidas y estos estresores

afectan a la sintomatología de los individuos. Los dos modelos no son mutuamente excluyentes ni exclusivos, sino que ambos pueden incrementar la vulnerabilidad del individuo a la depresión (Eberhart, Auerbach, Bigda-Peyton y Abela, 2011). Por tanto, la hipótesis subyacente está en evaluar cómo las vulnerabilidades cognitivas podrían contribuir a generar estrés.

Así, se ha valorado la generación de estrés desde el modelo de la desesperanza de la depresión. De acuerdo con la teoría de la desesperanza, cuando se enfrentan a sucesos vitales estresantes aquellos individuos que tienden a atribuir el suceso a causas estables y globales e infieren consecuencias negativas para uno mismo tienen riesgo de experimentar desesperanza, la cual conduce a desarrollar la depresión por desesperanza (Abramson et al., 1989). Valorando el papel de la teoría de la desesperanza en la generación de estrés en adultos jóvenes, los estudios de Joiner y colaboradores (Joiner, Wingate, Gencoz y Gencoz, 2005; Joiner, Wingate y Otamendi, 2005) encontraron que la desesperanza estaba integrada en el proceso de generación de estrés. Los resultados mostraron que la desesperanza predecía la generación de estrés interpersonal, en concreto, mayor rechazo de los compañeros. Por tanto, la desesperanza era un predictor significativo del estrés interpersonal (Joiner, Wingate, Gencoz y Gencoz, 2005). En el otro estudio, encontraron que la desesperanza predecía incremento en el estrés interpersonal y en los síntomas depresivos. El estrés interpersonal mediaba parcialmente entre la desesperanza y el incremento posterior de los síntomas depresivos (Joiner, Wingate y Otamendi, 2005).

También se ha valorado el papel de los estilos inferenciales negativos en el proceso de generación de estrés. En el estudio con una muestra clínica de pacientes adultos deprimidos, los estilos inferenciales negativos estaban asociados con estrés dependiente, pero no independiente, en el período previo al inicio del episodio depresivo (Simons, Angell, Monroe y Thase, 1993). El estudio de Safford, Alloy, Abramson y Crossfield (2007) también confirmó que los individuos con estilos cognitivos negativos generaban más sucesos vitales negativos dependientes e interpersonales, pero no más sucesos independientes o de logro. En una investigación longitudinal reciente con jóvenes universitarios se ha encontrado apoyo de que el estilo inferencial negativo mediaba la relación entre el abuso emocional infantil y la ocurrencia de sucesos dependientes posteriores (Liu, Choi, Boland, Mastin y Alloy, 2013).

Con muestras de adolescentes se ha examinado el estilo cognitivo negativo y la rumiación (Hamilton et al., 2013; Hamilton et al., 2014) y el estilo cognitivo negativo (Calvete, 2011a, 2011b; Calvete et al., 2013) en la generación de estrés hallando que el estilo cognitivo negativo contribuye a la generación de estresores dependientes (sucesos negativos interpersonales y relacionales como el trato injusto de los compañeros) durante la adolescencia (Calvete, 2011b; Hamilton et al., 2013; Hamilton et al., 2014). Los adolescentes con estilos cognitivos negativos contribuyen a generar más sucesos estresantes en sus relaciones interpersonales, ya que al hacer inferencias negativas sobre los sucesos realizan conductas que no son bien recibidas por sus iguales o tienen unas relaciones interpersonales negativas que pueden hacerles ser objeto de un trato injusto por sus compañeros (Calvete, 2011b; Calvete et al., 2013; Hamilton et al., 2013; Hamilton et al., 2014). Sin embargo, Gibb y colaboradores (Gibb et al., 2006) encontraron que los estilos inferenciales negativos no predecían ni el estrés posterior ni moderaba la relación entre los síntomas depresivos y el estrés.

También se ha evaluado el modelo de generación de estrés con los esquemas desadaptados. De acuerdo con la teoría de la depresión de Beck, la vulnerabilidad a la depresión consiste en esquemas cognitivos que implican creencias disfuncionales sobre el mundo, las relaciones con otras personas y uno mismo (Beck, 1983). Young y sus colaboradores retomaron y extendieron el trabajo de Beck e identificaron esquemas desadaptados que se desarrollan en la infancia y que se suponen subyacen en las diversas formas de psicopatología incluyendo la depresión (Young, 1999).

Los esquemas desadaptados son patrones disfuncionales, generales y extensos consistentes en recuerdos, emociones, cogniciones y sensaciones corporales de uno mismo y de las relaciones con otras personas (Young, 1999). Estudios previos han indicado que los esquemas pertenecientes a las áreas de desconexión y rechazo y a los problemas de autonomía son predictivos de los síntomas depresivos (Calvete et al., 2013; Eberhart et al., 2011). El estudio de Eberhart y colaboradores con una muestra de mujeres universitarias apoya la generación de estrés al indicar que los esquemas desadaptados predecían la generación de estresores dependientes interpersonales y éstos, a su vez, predecían síntomas depresivos (Eberhart et al., 2011). En la misma línea apoyando el modelo de generación de estrés, pero con una muestra de adolescentes, los resultados del estudio de Calvete y colaboradores (2013) muestran que los esquemas desadaptados de desconexión y rechazo predecían un incremento

en los estresores. Así, por ejemplo, un adolescente que posea un esquema de desconfianza hará que interprete la conducta de sus compañeros con recelo incrementando la probabilidad de tener conflictos con ellos (Calvete et al., 2013).

Estudios recientes han investigado el papel de la rumiación en el proceso de generación de estrés. Dentro de la teoría de los estilos de respuesta (Nolen-Hoeksema, 1991), la rumiación es la tendencia a centrar la atención repetitivamente en el ánimo deprimido y en sus causas potenciales y consecuencias. Las investigaciones señalan que la rumiación incrementa los síntomas depresivos en los adolescentes especialmente después de la ocurrencia de los sucesos estresantes (Abela y Hankin, 2011; Burwell y Shirk, 2007; Hankin, 2008a). Intentando integrar la teoría cognitiva de los estilos de respuesta (Nolen-Hoeksema, 1991) y la generación de estrés interpersonal (Hammen, 1991, 2006) se hipotetiza que las personas vulnerables a la depresión tienen tendencia a rumiar sobre sus estados afectivos negativos y esto puede crear conflictos en sus relaciones interpersonales, es decir, se trata de dilucidar cómo las personas rumiativas generan estrés interpersonal.

Flynn et al. (2010) encontraron que la rumiación contribuía tanto a la generación de estresores interpersonales como de logro en jóvenes adultos, señalando así que la rumiación, o centrarse en el estado de ánimo negativo, no sólo creaba conflictos en las relaciones interpersonales sino que también creaba dificultades en el rendimiento académico y laboral. Sin embargo, señalaron que sólo el estrés interpersonal predecía los síntomas depresivos posteriores. Los resultados de McLaughlin y Nolen-Hoeksema (2012) señalan que la rumiación está asociada a la generación de estrés interpersonal en adolescentes. En concreto, encuentran que aquellos adolescentes con tendencia a rumiar informan de conductas que incrementan el riesgo de ser victimizados y rechazados por sus iguales, que consecuentemente conduce a un mayor estrés y síntomas depresivos, señalando así el efecto negativo de la rumiación. El estudio de Saphero y colaboradores (2013) también confirma que la rumiación predice la generación de estrés interpersonal en una muestra de adolescentes. Específicamente, señalan que aquellos adolescentes con síntomas depresivos que tienden a rumiar sobre sus emociones negativas experimentan un incremento de estresores interpersonales, en concreto, de abuso y maltrato emocional parental y de los compañeros. De hecho, los adolescentes con tendencia a rumiar sobre el significado y las causas de su estado de ánimo pueden realizar determinadas conductas desajustadas que generan

interacciones negativas con sus familiares o con sus iguales (Shapero, Hamilton, Liu, Abramson y Alloy, 2013).

En esta misma línea, otros estudios apoyan la rumiación como generación de estrés. Michl, McLaughlin, Shepherd y Nolen-Hoeksema (2013) encuentran que la rumiación media entre los estresores y los síntomas de ansiedad en los adolescentes y adultos y entre los estresores y los síntomas depresivos en la edad adulta. Calvete et al. (2015) apoyan el modelo recíproco de generación de estrés en el que los estresores y la rumiación contribuyen al incremento de los síntomas depresivos y éstos a su vez agravan o empeoran el estilo rumiativo. En contraste con los resultados de los estudios anteriores, Hamilton et al. (2013) señalan que la rumiación no predice la generación de estrés en los adolescentes.

También se ha pensado que otras formas de rumiación como la co-rumiación (Hankin, Stone y Wright, 2010), otro tipo de vulnerabilidad cognitiva, podría generar estrés dependiente interpersonal durante la adolescencia. Diversos estudios han confirmado que la co-rumiación es un factor de riesgo para la sintomatología depresiva en los adolescentes (Rose, 2002; Rose, Carlson y Waller, 2007; Schwartz-Mette y Rose, 2012) e incluso predice los primeros episodios depresivos (Stone et al., 2011).

Desde el modelo de generación de estrés, la hipótesis es que los jóvenes que tienden a co-rumiar podrían generar estresores interpersonales y los estresores interpersonales, a su vez, podrían contribuir a aumentar los síntomas depresivos. El estudio de Hankin y colaboradores (Hankin et al., 2010) con una muestra de adolescentes confirmó que la co-rumiación predecía la generación de sucesos dependientes interpersonales, pero no no-interpersonales y el incremento en los síntomas depresivos. También el estudio de Shapero y colaboradores con adolescentes confirma que la co-rumiación contribuye a la generación de estrés (Shapero, Hamilton et al., 2013). Estos resultados, por tanto, son consistentes con la teoría de generación de estrés (Hammen, 1991, 2006). Confirmando el resultado anterior de la co-rumiación como predictor de la generación de estrés pero en población adulta y considerando además las diferencias de género están los resultados del estudio de Bouchard y Shih (2013), quienes señalan que la co-rumiación predice la generación de estrés y consideran que las mujeres utilizan más frecuentemente la co-rumiación en comparación con los hombres.

Como resultado de la revisión anterior, en general, se puede concluir que se han encontrado resultados mixtos. Algunos estudios apoyan el papel de las vulnerabilidades cognitivas en la generación de estrés en la población adolescente, mientras que otros no sostienen esa relación. La mayor parte de los estudios realizados en esta área se ha centrado en la teoría de la desesperanza de la depresión (Abramson et al., 1989) con resultados que confirman la relación. Con los estilos inferenciales negativos basados en la teoría de la depresión de Beck (1976, 1983) y los esquemas desadaptados de Young (1999) se han encontrado resultados mixtos. Y con la rumiación y co-rumiación dentro de la teoría de los estilos de respuesta de Nolen-Hoeksema (1991) también los resultados han sido mixtos. Por tanto, tal y como indicaron Liu y Alloy (2010) es necesario una mayor profundización e investigación para clarificar las posibles relaciones entre las vulnerabilidades individuales y la generación de estrés.

3.4.2. PREDICTORES DE LA GENERACIÓN DE ESTRÉS: PERSONALIDAD Y VULNERABILIDADES INTERPERSONALES

Otro campo de investigación en la depresión es la relación entre la generación del estrés dependiente e interpersonal y los rasgos de personalidad y características interpersonales. Estudios con adolescentes y jóvenes adultos sugieren que los trastornos de la personalidad pueden jugar un papel en el desarrollo del trastorno y sintomatología depresiva, aunque los mecanismos que subyacen a esta relación no están totalmente clarificados (Liu y Alloy, 2010; para revisión ver Klein, Kotov y Bufferd, 2011).

La idea subyacente es que las personas con determinados rasgos y trastornos de personalidad generan sucesos vitales estresantes y problemas en sus relaciones interpersonales, los cuales a su vez les predisponen para experimentar sintomatología y trastorno depresivo (Daley et al., 1998; Daley, Rizzo y Gunderson, 2006).

Los trastornos de personalidad reflejan unos rasgos de personalidad desajustados e inflexibles que aparecen en una amplia variedad de contextos personales y sociales y que causan una discapacidad funcional significativa o estrés subjetivo (DSM-V, 2013, para revisión ver Crawford, Cohen, Johnson, Sneed y Brook, 2004). Los trastornos de personalidad del eje II constituyen un factor de riesgo para la sintomatología y trastorno depresivo (Iacoviello, Alloy, Abramson, Whitehouse y Hogan, 2007) porque estas personas

tienen más probabilidad de tener menos recursos psicológicos y sociales y como resultado, serán más vulnerables a los estresores y pueden responder al estrés con sintomatología depresiva (Daley et al., 2006).

Diversos estudios indican que los síntomas del trastorno de personalidad pueden ser relevantes en la generación de conflictos interpersonales, señalando que las personas con sintomatología del grupo A (esquizoide, paranoide, esquizotípico) y B (bordeline, histriónico y narcisista) del eje II generan estrés interpersonal posterior, el cual, a su vez predice la sintomatología depresiva subsiguiente (Daley, Burge y Hammen, 2000; Daley et al., 1998; Daley et al., 2006; para revisión ver Liu y Alloy, 2010). Por el contrario, la sintomatología del grupo C (evitativo, dependiente, obsesivo-compulsivo) no se asocia a la generación de estrés interpersonal (Daley et al., 1998).

Otro rasgo de personalidad estudiado en relación a la generación de estrés ha sido el neuroticismo. En general, el neuroticismo se conceptualiza como la tendencia a experimentar emociones negativas y a reaccionar negativa y adversamente a los estresores (Ormel et al., 2013; para revisión ver Lahey, 2009), siendo un predictor de varios trastornos psicológicos entre ellos de los síntomas y trastornos depresivos (para revisión ver Lahey, 2009).

Gunthert, Cohen y Armeli (1999) señalaron que el neuroticismo estaba asociado con más estrés interpersonal. Posteriormente, varios estudios longitudinales con adultos (Brown y Rosellini 2011; Hankin, 2010) y con adolescentes (Barrocas y Hankin, 2011; Kercher et al., 2009; Uliaszek et al., 2010; Wetter y Hankin, 2009) señalan que las personas con altos niveles de neuroticismo experimentan más sucesos interpersonales estresantes y esta mayor exposición a las experiencias estresantes contribuye a generar síntomas depresivos. Los rasgos de personalidad depresiva predicen la generación de estresores en la familia y en el grupo de iguales y la emergencia de la depresión en la adolescencia (Rudolph y Klein, 2009).

Entre las variables interpersonales que pueden contribuir a la generación de estrés se han valorado el apego inseguro, la dependencia/sociotropía y la búsqueda de aprobación. El estilo de apego se conceptualiza como la manera de pensar, sentir y actuar de la persona en sus relaciones personales e íntimas con sus padres o cuidadores principales, parejas románticas y amigos íntimos (para revisión ver Bottonari, Roberts, Kelly, Kashdan y Ciesla, 2007). Los estilos de apego constituyen una manera de regular la inseguridad y el estrés que

tiene la persona cuando es incapaz de confiar en el apoyo de otras personas (Cohen et al., 2013; Eberhart y Hammen, 2009; Lee y Hankin, 2009; para revisión ver Bottonari et al., 2007). Bowlby (1980) planteó que las personas con apego inseguro desarrollaban una visión negativa de sí mismos y de sus relaciones interpersonales basadas en sus primeras experiencias que les hacen ser más vulnerables a la depresión.

La hipótesis que relaciona el estilo de apego y la generación de estrés es que la persona con cogniciones de apego negativo tiende a mostrar determinadas conductas (i.e., de preocupación) en sus relaciones interpersonales que pueden molestar o incomodar a otras personas (por ejemplo, a sus parejas románticas) y ello puede conducir a sucesos estresantes conflictivos y estos, a su vez, pueden derivar en síntomas depresivos (Cohen et al., 2013; Eberhart y Hammen, 2009). Los estudios con muestras de población adulta (Bottonari et al., 2007; Eberhart y Hammen, 2009, 2010) y con adolescentes (Cohen et al., 2013; Shapero, Hankin et al., 2013) confirman que las personas con un estilo de apego negativo generan sucesos estresantes dependientes e interpersonales.

Otro predictor de la generación de estrés evaluado es la búsqueda de aprobación (Hammen, 2005, 2006; para revisión ver Liu y Alloy, 2010). La búsqueda de aprobación es considerada como un factor de vulnerabilidad a la depresión y es definida como la tendencia relativamente estable a buscar de una manera excesiva la demostración por parte de otras personas que uno es querido y valioso, aunque esa demostración ya se le haya realizado (Joiner, Metalsky, Katz y Beach, 1999). Diversos estudios han relacionado la búsqueda de aprobación con los síntomas depresivos en niños y adolescentes (Abela et al., 2005; Haeffel, Voelz y Joiner, 2007). Varios estudios con muestras de población adulta han confirmado que las conductas de búsqueda de aprobación excesiva predicen un incremento de estresores interpersonales, los cuales a su vez suponen un aumento de los síntomas depresivos (Eberhart y Hammen, 2009, 2010; Joiner y Metalsky, 2001; Liu, Alloy et al., 2014; Potthoff, Holahan y Joiner, 1995; Shih y Auerbach, 2010). Igualmente, una mayor sensibilidad al rechazo de otras personas predice altas tasas de estresores dependientes posteriores y éstos median la relación entre la sensibilidad al rechazo y los síntomas depresivos posteriores (Liu, Kraines, Massing-Schaffer y Alloy, 2014).

Otros predictores de la generación de estrés valorados han sido la sociotropía y la autonomía (Hammen, 2005; para revisión ver Liu y Alloy, 2010). Dentro de su modelo

cognitivo de la depresión, Beck (1983) propuso los conceptos de sociotropía y autonomía como estructuras o esquemas cognitivos profundos (estilos de personalidad) que guían el proceso inferencial y confieren vulnerabilidad a la depresión tras la ocurrencia de sucesos estresantes. Los individuos con altos niveles de sociotropía se caracterizan por ser dependientes de otras personas y por la alta necesidad de aprobación y afirmación, siendo vulnerables a la depresión cuando experimentan rechazo o desaprobación social. Por otro lado, los individuos con altos niveles de autonomía se caracterizan por ser independientes y por esforzarse para alcanzar un rendimiento o una meta, siendo vulnerables a la depresión cuando se enfrentan al fracaso personal o a la pérdida de control de su entorno (para revisión ver Liu y Alloy, 2010). Estos dos conceptos son cercanos a los rasgos de personalidad de dependencia y auto-crítica (Blatt y Zuroff, 1992; para revisión ver Hammen, 2005; Zuroff, Mongrain y Santor, 2004).

El modelo de generación de estrés plantea la hipótesis que los rasgos de personalidad (sociotropía y autonomía) juegan un papel en la generación de sucesos estresantes. Así, se supone que los individuos con un estilo de personalidad autónoma generarán estrés de logro relacionado con la competencia en el trabajo. La sociotropía predecirá estrés interpersonal como resultado de su dependencia o altas demandas hacia otras personas (para revisión ver Nelson et al., 2001). Los diferentes estudios han encontrado resultados distintos.

Los estudios confirman que altos niveles de sociotropía contribuyen a generar estrés dependiente interpersonal, el cual a su vez favorece el desarrollo y mantenimiento de la sintomatología depresiva en los adolescentes (Calvete, 2011a) y en las mujeres adultas pero no en los hombres (Shih, 2006; Shih y Auerbach, 2010).

Daley y colaboradores (1997) hallaron, sin embargo, que el estilo de personalidad autónomo, no el sociotrópico, estaba asociado con elevados niveles de sucesos dependientes y conflictivos (Daley et al., 1997). Nelson et al. (2001) apoyaron el modelo de generación de estrés en el que los jóvenes con estilo de personalidad autónoma originaban mayores tasas de estrés crónico interpersonal y aquellos con rasgos de sociotropía generaban más estrés crónico de logro/rendimiento. Aunque se apoya el modelo de generación de estrés, estos resultados no son consistentes con la hipótesis de congruencia señalada por Beck (1983, 1991) en el que las personas con estos estilos de personalidad tienen un alto riesgo para la depresión cuando

experimentan estresores que son congruentes con sus vulnerabilidades personales (Nelson et al., 2001; para revisión ver Liu y Alloy, 2010).

Otro concepto similar a la sociotropía es la dependencia (para revisión ver Zuroff et al., 2004) que ha sido asociada a la depresión (Cogswell, Alloy y Spasojevic, 2006) y está caracterizada por una alta demanda de apoyo emocional y cercanía en las relaciones interpersonales. Los estudios de Eberhart y Hammen (2009, 2010) con una muestra mujeres han encontrado resultados mixtos. Por una parte, en el análisis longitudinal la dependencia no estaba asociada con la generación de estrés interpersonal. En cambio, en el análisis transversal los resultados apoyan que las conductas de dependencia se asociaban a la ocurrencia de estresores conflictivos diarios y éstos a su vez a los síntomas depresivos. Bouchard y Shih (2013) encuentran que las mujeres experimentan mayores tasas de sucesos estresantes dependientes interpersonales debido a su mayor nivel de necesidad de ser cuidada, amada y protegida por otra persona (subfactor de dependencia; para revisión ver Cogswell et al., 2006) en comparación con los hombres.

Otras conductas interpersonales valoradas como predictores de la generación de estrés son las dificultades para ser asertivo o dependencia excesiva, la agresividad y el ser excesivamente cariñoso. En un estudio se encontró con una muestra de población adulta que solamente el ser excesivamente cariñoso predecía estresores dependientes interpersonales posteriormente (Shih y Eberhart, 2008).

3.4.3. AFRONTAMIENTO Y GENERACION DE ESTRÉS

Por último, otro predictor de la generación de estrés interpersonal examinado ha sido las estrategias de afrontamiento. Esto es, se ha estudio si la manera en que la persona se enfrenta a una situación estresante influye en la ocurrencia de sucesos vitales negativos posteriores. Sin embargo, son muy pocos los estudios encontrados que relacionen los síntomas depresivos, el afrontamiento y la generación de estrés, obteniéndose resultados mixtos.

El estudio longitudinal de Davila, Hammen, Burge, Paley y Daley (1995) con una muestra de chicas adolescentes con edades comprendidas entre los 17 y 18 años valorando el papel de las estrategias de solución de problemas interpersonales en el proceso de generación de estrés encuentra que una pobre solución de problemas interpersonales predice la ocurrencia

de mayores tasas de estresores interpersonales y además los síntomas iniciales depresivos contribuyen al estrés interpersonal posterior. Sin embargo, los resultados no apoyan que la estrategia de solución de problemas interpersonales sea un mediador entre la depresión y la generación de estrés interpersonal posterior. Es decir, a pesar de que una pobre solución de problemas conduce al estrés, ésta no estaba directamente asociada a la depresión tal y como aparece reflejado en la Figura 2.

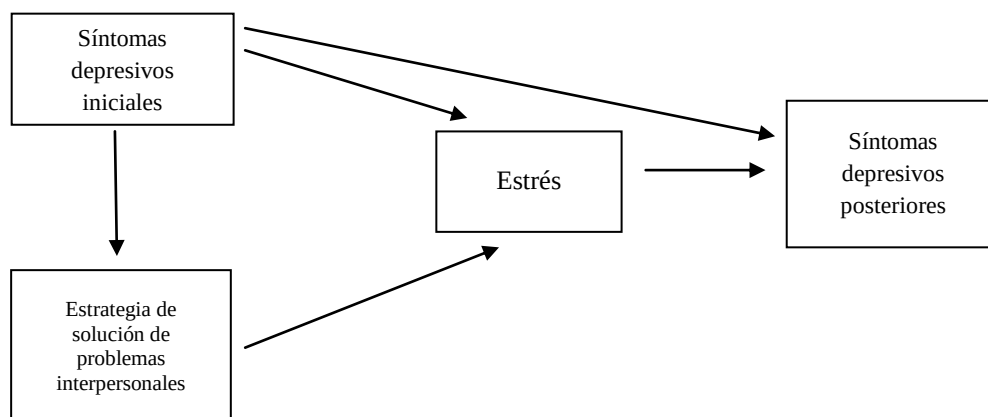


Figura 2. Modelo de generación de estrés (Davila et al., 1995, p. 596)

El estudio de Holahan y colaboradores (Holahan, Moos, Holahan, Brennan y Schutte, 2005) con una muestra de población adulta señala que el afrontamiento evitativo estaba asociado con estresores crónicos y episódicos/agudos cuatro años más tarde, apoyando, por tanto, el papel de las estrategias de afrontamiento de evitación en la generación de estresores vitales. Además, los resultados indican que los síntomas depresivos actúan parcialmente a través del afrontamiento evitativo para predecir síntomas depresivos posteriormente al cabo de 10 años.

Ampliando los resultados de estos estudios previos, Barker (2007) valoró el papel del afrontamiento centrado en el problema, el centrado en la emoción y el evitativo en relación con estresores académicos e interpersonales experimentados durante un período de cuatro semanas. Consistente con la generación de estrés, el afrontamiento evitativo estaba asociado longitudinalmente con estresores interpersonales y además, mediaba la relación entre los síntomas depresivos iniciales y los estresores interpersonales posteriores, pero falló para predecir estresores académicos. En contraste, ninguna de las otras estrategias de

afrontamiento (i.e., centradas en el problema y en la emoción) estaba relacionada con estresores posteriores.

El estudio de Flynn y Rudolph (2011) con adolescentes señala que una menor utilización de estrategias de afrontamiento de implicación y una mayor utilización del afrontamiento de distanciamiento (e.g., evitación, negación y pensamiento de deseo) predicen generación de estrés interpersonal y no interpersonal, pero sólo el estrés interpersonal media la asociación entre las respuestas de afrontamiento y la depresión.

Por tanto, un predictor en la generación de estrés podría estar relacionado con las estrategias de afrontamiento utilizadas. Aquellas estrategias más inadecuadas como el afrontamiento de distanciamiento podrían afectar a la ocurrencia de sucesos vitales negativos y a síntomas depresivos posteriores (Barker, 2007; Flynn y Rudolph, 2011; Holahan et al., 2005). Por otra, parte, una menor utilización de estrategias de implicación también predeciría la generación de estresores posteriores (Davila et al., 1995; Flynn y Rudolph, 2011). Dados los pocos estudios encontrados es necesario una profundización en la relación entre el afrontamiento y la generación de estrés, intentado determinar el efecto de las estrategias de afrontamiento en la generación de sucesos estresantes y síntomas depresivos.

3.5. DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LA GENERACIÓN DE ESTRÉS

En el modelo de generación de estrés también se han considerado las diferencias de género para explicar las tasas más altas de depresión y síntomas depresivos en las mujeres en comparación con los hombres, con la hipótesis de que las mujeres contribuyen a la generación de estresores que les ponen en riesgo de una depresión futura.

La investigación considerando el género en la generación de estrés ha encontrado resultados mixtos. Por una parte, diversas investigaciones con muestras de niños y adolescentes encuentran apoyo para la conclusión de que las chicas adolescentes experimentan más sucesos dependientes interpersonales en comparación con los chicos adolescentes, lo cual sería un indicador de mayor generación de estrés. Rudolph y colaboradores con una muestra clínica señalan que la depresión estaba asociada con el estrés interpersonal en mayor medida en las chicas que en los chicos (Rudolph y Hammen, 1999; Rudolph et al., 2000). El estudio de Shih, Eberhart, Hammen y Brennan (2006) también

confirma que las chicas adolescentes experimentan más estrés episódico dependiente interpersonal en comparación con los chicos. En estudios posteriores también se ha corroborado que la depresión predice la generación de estrés interpersonal, el cual a su vez pronostica la depresión subsiguiente en las chicas adolescentes pero no en los chicos (Calvete et al., 2013; Mezulis et al., 2010; Rudolph et al., 2009; Shapero, Hankin et al., 2013; para revisión ver Hammen, 2009b; Liu y Alloy, 2010). Además otro hecho señalado es que la depresión también predice la generación de estrés no interpersonal en las chicas adolescentes pero no en los chicos, pero el estrés no interpersonal no pronostica la depresión subsiguiente (Rudolph et al., 2009).

Sin embargo, también existen estudios con muestras de niños y adolescentes que no han encontrado diferencias de género significativas en la generación de estrés (Flynn y Rudolph, 2011; Rudolph, 2008). La ausencia de diferencias de género estadísticamente significativas pueden ser debidas en parte a la edad de los sujetos de la muestra, que incluye chicos y chicas muy jóvenes que todavía no han alcanzado el período de desarrollo en el que las diferencias de género en depresión y la asociación con los riesgos interpersonales se intensifican (Flynn y Rudolph, 2011).

En investigaciones con muestras de adultos encontramos también resultados mixtos con respecto a las diferencias de género en la generación de estrés. Por un lado, algunos estudios confirman las diferencias de género, es decir, las mujeres contribuyen en mayor medida que los hombres a la generación de estresores dependientes interpersonales que les ponen en riesgo de una depresión futura (Barker, 2007; Bouchard y Shih, 2013; Shih y Auerbach, 2010). En cambio, otros estudios no han encontrado estas diferencias de género en la ocurrencia de estresores dependientes interpersonales (Safford et al., 2007; Shih y Eberhart, 2010).

También se ha evaluado el papel del género en factores de vulnerabilidad interpersonales como generadores de estrés encontrándose resultados mixtos. Con respecto a los estilos cognitivos/inferenciales se ha encontrado que el estilo cognitivo negativo predice el incremento de los sucesos dependientes interpersonales en las mujeres pero no en los hombres (Safford et al., 2007). Con población adolescente también se confirma que el estilo inferencial predice un incremento de los estresores interpersonales sólo en las chicas (Calvete

et al., 2013). Sin embargo, Hamilton et al. (2013) no encuentran diferencias de género en el impacto de los estilos inferenciales sobre los estresores interpersonales.

Otra variable en la que se ha valorado las diferencias de género asociadas a la generación de estrés interpersonal es la rumiación, subrayando la hipótesis de que su mayor utilización por parte de las chicas adolescentes predice una mayor generación de problemas interpersonales en comparación con los chicos adolescentes (McLaughlin y Nolen-Hoeksema, 2012). Calvete et al. (2015) encuentran que las chicas adolescentes tienen mayores tasas de síntomas depresivos debido a la mayor utilización de la rumiación en comparación con los chicos. Sin embargo, algunas investigaciones no encuentran diferencias de género en el impacto de la rumiación sobre la generación de estresores interpersonales (Hamilton et al., 2013; Michl et al., 2013). Otros estudios, en cambio, no han considerado las diferencias de género en la rumiación (Flynn et al., 2010; Shapero, Hamilton et al., 2013).

También se han considerado las diferencias de género en la asociación entre co-rumiación, generación de estrés interpersonal y síntomas internalizantes encontrando resultados mixtos. Con muestra de adolescentes, Rose y colaboradores señalan que la co-rumiación predice un incremento en los síntomas internalizantes y éstos a su vez predicen un incremento en co-rumiación en las chicas a diferencia de los chicos (Rose et al., 2007). Pero también se ha encontrado que el género no modera la asociación entre la co-rumiación, los estresores y los síntomas internalizantes (Hankin et al., 2010). Con población adulta, el estudio de Bouchard y Shih (2013) confirma que las mujeres experimentan mayores niveles de sucesos vitales estresantes dependientes interpersonales en comparación con los hombres debido a la co-rumiación.

Algunos estudios señalan que la sociotropía predice alta tasas de estrés dependiente interpersonal en mujeres pero no en hombres (Shih, 2006; Shih y Auerbach, 2010). La búsqueda de aprobación también predice estrés dependiente interpersonal en mujeres pero no en hombres (Shih y Auerbach, 2010). El estudio de Bouchard y Shih (2013) indica que la necesidad de ser cuidado, amado y protegido por otra persona (subfactor de dependencia) es un predictor interpersonal de la generación de estrés interpersonal en las mujeres. Las mujeres experimentan mayores tasas de sucesos estresantes dependientes interpersonales debido a su mayor nivel de necesidad ser cuidadas en comparación con los hombres. También, la

conducta de demasiada atención a los demás está asociada con la generación de estrés interpersonal en mujeres y no en hombres (Shih y Eberhart, 2010).

Un hecho significativo es que las diferencias de género no han sido examinadas en todos los estudios, ya que algunos de ellos han sido realizados con muestras de sólo mujeres (Daley et al., 1997; Daley et al., 1998; Eberhart et al., 2011; Eberhart y Hammen, 2009, 2010; Hammen, 1991) o no se ha examinado explícitamente (Pottotoff et al., 1995).

Por tanto, los diversos estudios realizados hasta la fecha subrayan diferencias de género en el proceso de generación de estrés señalando una mayor relevancia en las mujeres en comparación con los hombres y especialmente en lo referente a estresores interpersonales. Determinadas vulnerabilidades cognitivas como el estilo inferencial, la rumiación, la sociotropía, la dependencia y la búsqueda de aprobación son predictores significativos de la generación de estrés en mujeres en comparación con los hombres, constituyendo factores de riesgo para el incremento del estrés dependiente interpersonal y de los síntomas depresivos y pueden ayudar a explicar las diferencias de género constadas en la depresión. Sin embargo, sería interesante continuar con una profundización en la investigación para explorar la manera en la que el género está relacionado con las vulnerabilidades en la generación de estrés dependiente (Liu y Alloy, 2010). Más aún, no hemos encontrado ningún estudio que haya examinado si existen diferencias de género en el papel del afrontamiento en la generación de estrés.

3.6. CONCLUSIÓN

La hipótesis inicial del modelo de la generación estrés (Hammen, 1991) es que los individuos con una historia de depresión, en comparación con personas que no tienen el trastorno, manifiestan mayores tasas de sucesos vitales estresantes que son dependientes, al menos en parte, de sus propias conductas. Desde esta perspectiva, los individuos no son sujetos pasivos a los estresores que les hacen vulnerables a la depresión, sino sujetos activos que con su estilo interpersonal y sus conductas contribuyen a los síntomas depresivos por medio de la generación de estrés. Desde su formulación se ha originado un amplio cuerpo de investigaciones longitudinales que han encontrado apoyo a la hipótesis (Liu, 2013; para revisión ver Liu y Alloy, 2010).

La investigación se ha expandido más allá de los efectos de la sintomatología depresiva buscando otros predictores de la generación de estrés. Así, se han publicado numerosos estudios que han centrado su interés en las vulnerabilidades cognitivas, de personalidad y factores interpersonales como predictores de la generación de estrés con resultados mixtos pero generalmente apoyando la hipótesis de la generación de estrés.

Se ha revisado el papel de la vulnerabilidad cognitiva subrayada en la teoría de la desesperanza de la depresión (Abramson et al., 1989), de los estilos inferenciales, de los esquemas desadaptados, de la rumiación y co-rumiación, de los trastornos de personalidad y rasgos como el neuroticismo, el apego inseguro, la dependencia y la sociotropía, la búsqueda de aprobación y las estrategias de afrontamiento hallando resultados mixtos, mientras que unos estudios han proporcionado apoyo consistente con el modelo de generación de estrés, otros no lo han confirmado. Estas vulnerabilidades se han valorado aisladamente pero también se han examinado las interrelaciones entre varias vulnerabilidades cognitivas e interpersonales en el incremento de la ocurrencia de los sucesos vitales estresantes.

Interesa señalar la escasa cantidad de investigaciones realizadas sobre el papel de las diferentes estrategias de afrontamiento en la generación de estrés tanto con muestras de niños y adolescentes como de adultos. En este estudio, uno de los objetivos del mismo es valorar el papel del afrontamiento de control primario, de control secundario y de distanciamiento en la generación de estrés en una muestra de adolescentes.

Los diferentes estudios se han realizado tanto con muestras adultas como con niños y adolescentes evaluando la generación de estrés en diferentes etapas evolutivas. La generación de estrés ha tenido en cuenta que las tasas de los trastornos y síntomas depresivos empiezan a incrementarse en la adolescencia particularmente en las chicas (Hankin y Abramson, 2001; Hankin et al., 1998)

El modelo de generación de estrés también ha considerado las diferencias de género para explicar las tasas más altas de depresión y síntomas depresivos en las mujeres en comparación con los hombres encontrando resultados mixtos. La hipótesis subyacente es que las mujeres adultas y las chicas adolescentes contribuyen a la generación de estresores que les ponen en riesgo de una depresión futura. En mi conocimiento, hasta la fecha, no existen

estudios que examinen las diferencias de género en el rol del afrontamiento como generador de estrés, lo cual constituye uno de los objetivos de la presente investigación.

CAPÍTULO IV

OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y MÉTODO

4.1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

El presente estudio tiene como objetivo principal evaluar las diferencias de género en el estrés y en el afrontamiento en adolescentes a partir el modelo transaccional de vulnerabilidad cognitiva al estrés (Hankin y Abramson, 2001) y del modelo de generación de estrés (Hammen, 1991) que señalan que la relación entre los estresores, las cogniciones/estrategias de afrontamiento y la sintomatología depresiva es bidireccional mediante un estudio longitudinal de dos tiempos con seis meses de diferencia entre ambos.

El estudio tiene como objetivos más específicos:

1. Evaluar la frecuencia y la gravedad percibida de los acontecimientos vitales estresantes en los adolescentes y las diferencias de género en ambos aspectos. De acuerdo con los resultados obtenidos en estudios previos en nuestro entorno, la hipótesis es que las chicas adolescentes harán frente a un mayor número de sucesos estresantes sobre todo de naturaleza interpersonal en comparación con los chicos y éstos serán percibidos como más estresantes por las chicas.
2. Evaluar si el género modera el rol del afrontamiento en los síntomas de depresión. Dado los resultados mixtos obtenidos en estudios anteriores, este objetivo incluye a su vez el propósito de evaluar si el modelo de medida del afrontamiento es equivalente en chicos y chicas. Las hipótesis son que el modelo de medida es diferente y que el estilo de afrontamiento de control primario se asocia más intensamente a los síntomas depresivos en los chicos.
3. Examinar el modelo de generación de estrés con el afrontamiento. Evaluar si algunos estilos de afrontamiento predicen un aumento de los sucesos estresantes. Se espera encontrar que el afrontamiento de distanciamiento en T1, los estresores en T1 y los síntomas depresivos en T1 predicen un aumento de estresores en T2, mientras que el afrontamiento de control secundario predice una reducción del número de estresores.
4. Examinar si el género modera el modelo de generación de estrés. La hipótesis es que la generación de estrés será mayor en las chicas.

4.2. MÉTODO

4.2.1. PARTICIPANTES

En el estudio participaron en el Tiempo 1 1200 adolescentes (679 chicos; 519 chicas y dos personas que no indicaron sexo) procedentes de seis centros escolares de Bizkaia con un total de 40 aulas. El tipo de muestreo fue por conglomerados y la selección de los colegios se efectuó de manera aleatoria. En concreto, participaron dos aulas de 4º ESO, 21 aulas de 1º Bachillerato y 17 aulas de 2º Bachillerato. Los alumnos tenían entre 14 y 18 años ($M = 15,89$; $DT = 1,00$). Fue seleccionado este rango de edades debido a que durante este período se incrementan las tasas de depresión y emergen las diferencias de género en el trastorno y sintomatología depresiva (Hankin et al., 1998).

Las medidas se tomaron al comienzo del curso escolar (T1) y seis meses después (T2). Un total de 980 adolescentes (520 chicos; 459 chicas y 1 que no indico el sexo) contestaron a los cuestionarios tanto en el T1 como en el T2 (Índice de abandono = 18,34%). En la mayoría de los casos la razón fue que no estaban en el centro por enfermedad. No hubo diferencias en las variables en el T1 entre aquellos adolescentes que completaron sólo el T1 y aquellos que completaron los dos tiempos.

La distribución de la muestra por cursos y sexo responde a los datos presentados en la Tabla 3.

Tabla 3. Distribución de la muestra por curso y sexo en el Tiempo 1

Curso	Chicas	Chicos	Total Curso
4 º ESO	29	35	64 (24.1%)
1º BACHILLERATO	267	359	626 (33.8%)
2º BACHILLERATO	223	285	510 (10.9%)
TOTAL	519(43.25%)	679(56.58%)	1200

4.2.2. INSTRUMENTOS

Escala de Acontecimientos Estresantes para adolescentes. Se ha evaluado la presencia de acontecimientos vitales estresantes en la vida de los adolescentes aplicando la forma reducida que Hankin et al. (2001) elaboraron de la Escala de Acontecimientos Percibidos para los adolescentes (*Adolescent Perceived Events Scale*, APES; Compas et al., 1987). Esta versión reducida incluye los sucesos vitales negativos estresantes y se desecharon aquellos eventos que podían ser confundidos con la psicopatología. Esta versión reducida fue adaptada para los adolescentes españoles y ha demostrado unas propiedades psicométricas adecuadas (Calvete et al., 2008).

La escala evalúa la ocurrencia de 30 acontecimientos, que incluyen tanto problemas académicos y familiares como dificultades en las relaciones románticas y de amistades. Los adolescentes deben indicar si cada uno de los sucesos les ha sucedido en sus vidas recientemente (en los últimos seis meses). En caso afirmativo, deben evaluar en qué medida fueron estresantes o problemáticos, empleando una escala likert de “*Nada estresante*” (0), “*Un poco estresante*” (1), “*Algo estresante*” (2) y “*Muy estresante*” (3). En este estudio hemos utilizado el número total de sucesos estresantes ocurridos como indicador de los estresores para la mayoría de los análisis, a causa de que las medidas conseguidas de evaluar el grado de estrés percibido pueden estar contaminadas por la sintomatología depresiva y por el estilo atribucional (Dohrenwend, 2006).

Aunque la versión original consta de 30 ítems, en la adaptación a la realidad sociocultural de nuestra muestra se redujo el instrumento a 24 ítems. Así, se suprimieron los ítems que eran poco relevantes con relación a la muestra (e.g., *Arresto de un familiar cercano*) y se unieron algunos ítems específicos en otros más generales (e.g., *Muerte de un familiar que no vive contigo* y *Muerte de un familiar cercano*) se simplificaron por uno más general *Muerte de un familiar*. También se adaptó el lenguaje a la población adolescente (e.g., *Estar rodeado de gente que son desconsiderados u ofensivos* se modificó por *Estar rodeado de gente desagradable u ofensiva*; *Problemas o preocupaciones sobre dinero* se simplificó por *Problemas de dinero*). Además, se adecuó el lenguaje a la situación social actual del entorno (e.g., *Mis padres se divorcian* se modificó por *Mis padres se separan*). Finalmente, se añadió un ítem para valorar el acoso de compañeros (e.g., *Otros compañeros o compañeras se meten conmigo*).

A partir de la escala se puede obtener una puntuación específica de eventos dependientes sociales. Estos incluyen, por ejemplo, tener pocos amigos o ningún amigo, problemas o discusiones con padres, hermanos/as o familia. El coeficiente alfa para el estrés percibido de los sucesos estresantes fue de .92 tanto en el Tiempo 1 como en el Tiempo 2.

Para la evaluación de las estrategias de afrontamiento se ha utilizado la versión española del Cuestionario de Respuestas al Estrés (*Responses to Stress Questionnaire*, RSQ; Connor-Smith et al., 2000) adaptado por Connor-Smith y Calvete (2004) a adolescentes españoles. El RSQ evalúa tanto las respuestas involuntarias como las respuestas voluntarias a diferentes estresores. En el presente estudio, sólo se han utilizado las escalas de respuestas voluntarias (afrontamiento de control primario, afrontamiento de control secundario y afrontamiento de distanciamiento). Los adolescentes participantes señalaron las respuestas a los estresores sociales incluidos en el APES. Los adolescentes tenían que valorar cada vez que ellos habían utilizado cada una de las estrategias de afrontamiento en una escala likert marcando *nunca* (0), *un poco* (1), *algo* (2) y *mucho* (3) cuando ellos tenían problemas con otras personas. El afrontamiento de control primario incluye la solución de problemas, la regulación emocional y la expresión emocional (9 ítems). El afrontamiento de control secundario incluye la distracción, el pensamiento positivo, la reestructuración positiva y la aceptación (12 ítems). El afrontamiento de distanciamiento incluye la evitación, la negación y el pensamiento de deseo (9 ítems). El análisis de factor confirmatorio ha validado este modelo de respuestas al estrés con muchas muestras de adolescentes y adultos en otros países y ha revelado buenas propiedades psicométricas con coeficientes de consistencia interna, buena fiabilidad test-retest, validez de constructo y validez de criterio (Connor-Smith et al., 2000). El análisis confirmatorio ha demostrado equivalencia del RSQ en muestras norteamericanas y españolas de adultos (Connor-Smith y Calvete, 2004). En este estudio, los coeficientes alfa eran .73, .72 y .64 respectivamente para el afrontamiento de control primario, el afrontamiento control secundario y el afrontamiento de distanciamiento.

Los síntomas depresivos fueron valorados por el Autoinforme para jóvenes, subescala de problemas afectivos de la versión española de *Youth Self-Report* (YSR; Achenbach y Rescorla, 2001) adaptado por Lemos, Vallejo y Sandoval (2002) para adolescentes españoles. Los ítems del YSR comprenden una variedad de problemas emocionales y conductuales que deben evaluarse en una escala de tres puntos de 0 a 2 (0 = *No es cierto*; 1 = *Algo o algunas*

veces; 2 = *Muy a menudo o bastante a menudo*) según el adolescente las haya experimentado en los últimos seis meses.

El instrumento ha mostrado una excelente fiabilidad y validez discriminando entre los adolescentes que han tenido problemas psicológicos o de salud mental de aquellos que no. La subescala de problemas afectivos del YSR está basada en el Manual Diagnóstico de Trastornos Mentales constituida por 13 ítems seleccionados por su consistencia con las categorías diagnósticas de depresión mayor y del trastorno distímico (Achenbach, Dumenci y Rescorla, 2000). Engloba síntomas asociados a la depresión como el humor depresivo, los sentimientos de culpa y falta de valor, falta de energía, falta de apetito y problemas de sueño (e.g., *Lloro mucho, Me siento infeliz, triste o deprimido, Me siento inferior a los demás o creo que no valgo nada, Me siento demasiado culpable*). Los estudios previos han obtenido unos coeficientes de consistencia adecuados para esta subescala (Achenbach et al., 2000). En este estudio, los coeficientes alpha para la escala de los problemas afectivos fueron de .74 y .75 en el Tiempo 1 y Tiempo 2 respectivamente.

4.2.3. PROCEDIMIENTO

Esta tesis es un estudio longitudinal en dos tiempos: la primera medición se realizó a principios de curso y la segunda llevó a cabo seis meses más tarde. Se contactó con los diferentes centros escolares explicando que se trataba de un estudio sobre los acontecimientos vitales estresantes y la depresión en adolescentes solicitando su participación.

Una vez obtenido la aprobación por parte de la dirección de los centros, se remitió a los padres un consentimiento informado para que permitiesen participar a sus hijos en el estudio. En dicho escrito se comunicó a los padres la naturaleza y el objetivo del estudio. Ninguno de los padres rehusó a que sus hijos participaran en el estudio.

La administración de la batería de autoinformes se realizó por investigadores debidamente entrenados. La aplicación fue grupal con una duración de unos 55 minutos para completar los cuestionarios realizados dentro del horario escolar de los adolescentes. Los miembros del equipo de investigación dieron las instrucciones para la cumplimentación de los cuestionarios, informando sobre el propósito del estudio y del carácter voluntario y confidencial del mismo. Se les animó a que preguntaran si tenían alguna duda para responder

alguno de los ítems, dudas que les fueron aclaradas. Ninguno de los adolescentes rehusó participar.

Con el fin de poder vincular los datos correspondientes de la primera medición con la segunda, se pidió a cada uno de los participantes que indicara como código el sexo, la fecha de su nacimiento, el número de hermanos y la edad de la persona más joven de su casa. Como este tipo de información sólo es conocido por la persona permite salvaguardar y proteger el anonimato de los participantes, a la vez que permite cruzar la información correspondiente a la misma persona de los Tiempo 1 y Tiempo 2. A pesar de ello, algunos cuestionarios no pudieron ser asociados debido a errores en los códigos y fueron eliminados, siendo parte del porcentaje de pérdida de los participantes entre el Tiempo 1 y el Tiempo 2.

En el Tiempo 1 los adolescentes completaron los cuestionarios de autoinformes de todas las variables sobre los acontecimientos vitales estresantes, las estrategias de afrontamiento utilizadas y los problemas afectivos y conductuales. En el Tiempo 2 se volvieron a evaluar los acontecimientos vitales estresantes y los problemas afectivos, pero no las estrategias de afrontamiento que sólo fueron medidas en el Tiempo 1. Los datos sociodemográficos utilizados como código (sexo, fecha de nacimiento, número de hermanos y edad de la persona más joven de tu casa) fueron recogidos en los dos tiempos.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

En este capítulo de Resultados se incluyen los siguientes apartados: (a) prevalencia de los sucesos estresantes y del estrés percibido, las diferencias de género en la prevalencia de los sucesos estresantes y en el estrés percibido, (b) estadísticos descriptivos y correlaciones entre las variables del estudio (afrontamiento de control primario, de control secundario, de distanciamiento en Tiempo 1, depresión en Tiempo 1 y estrés en Tiempo 1 y Tiempo 2), (c) modelo de medida del RSQ: invarianza factorial en chicos y chicas adolescentes, (d) los estilos de afrontamiento como predictores de los síntomas de depresión y las diferencias de género en la relación entre los tipos de afrontamiento y la depresión, (e) modelo de generación de estrés: la depresión y los estilos de afrontamiento como predictores del número de estresores, diferencias de género en el modelo de generación de estrés.

5.1. PREVALENCIAS DE LOS ESTRESORES Y ESTRÉS PERCIBIDO

El número de estresores total experimentado por los adolescentes de esta muestra fue de 12,61 ($DT = 5,19$) en el Tiempo 1 y 12,16 ($DT = 5,42$) en el Tiempo 2. En la Tabla 4 se presentan las prevalencias de los 24 estresores evaluados así como el estrés percibido en los dos tiempos del estudio. Tal y como se puede observar, los estresores de “no conseguir algo que quieres”, “discusiones o problemas con un amigo” y “problemas o discusiones con los padres, hermanos o familia” fueron los más prevalentes en los dos tiempos. Sin embargo, las situaciones que más estrés generaron fueron la muerte de un amigo, de un familiar y que los padres se separen.

Tabla 4. Prevalencias de los estresores

SUCESO	TIEMPO 1		TIEMPO 2	
	Frecuencia	Estrés percibido M(DT)	Frecuencia	Estrés percibido M(DT)
1.Sentirse presionado por amigos	51,8%	1,07(0,87)	55,5%	1,23(0,90)
2.Discusiones o problemas con un amigo o amiga	83,2%	1,48(0,98)	83,5%	1,59(0,92)
3.Muerte de un familiar	41,5%	2,20(1,01)	39,8%	2,25(0,94)
4.Hospitalización de un familiar	64,1%	1,88(1,01)	57,7%	1,95(0,91)
5.Estar rodeado de gente desagradable u ofensivos	66,5%	1,66(1,04)	69,6%	1,58(0,99)
6.Meterse en líos o ser expulsado de la escuela	28,8%	1,80(1,09)	28,4%	1,82(1,03)
7.Problemas, peleas o discusiones con compañeros/as	61,5%	1,31(0,98)	61,4%	1,39(0,90)
8. Problemas de dinero	45,8%	1,36(1,04)	41,4%	1,43(1,00)
9.Sacar malas notas	70,3%	1,82(1,01)	70,7%	1,92(0,97)
10.Tener pocos o ningún amigo/a	21%	1,78(1,17)	20,2%	1,76(1,13)
11.Discusiones o peleas entre tus padres	62,3%	1,66(1,03)	59,3%	1,67(0,95)
12.No conseguir hacer algo que quieres	92,2%	1,61(0,96)	89,3%	1,66(0,93)
13.Discusiones o problemas con tu novio o novia	52%	1,79(1,07)	48,6%	1,87(0,97)
14.Que algo malo le ocurra a un amigo o amiga	79,3%	1,96(0,91)	76%	1,98(0,86)
15.Que tus padres descubran algo que tu no querías que supieran	64,4%	1,96(0,99)	61,7%	1,92(0,96)
16.No tener tiempo suficiente para estar con tus amigos y familia	67,3%	1,65(0,96)	66,7%	1,66(0,94)
17.Problemas o discusiones con padres, hermanos/as o familia	82%	1,64(0,98)	77,1%	1,65(0,92)
18.Problemas o discusiones con profesores/as o con el director del colegio	33,9%	1,21(1,01)	33%	1,23(0,98)
19.Muerte de un amigo o amiga	19,6%	2,53(0,86)	17,9%	2,53(0,81)
20.Tu padre o tu madre pierden su trabajo	18,6%	2,03(1,01)	16,6%	2,08(0,95)
21.Tus padres se separan	17,4%	2,23(1,05)	14,3%	2,19(1,04)
22.Ser castigado en casa	53,3%	1,20(1,02)	48%	1,27(1,02)
23.Romper o ser rechazado por tu novio o novia	42,3%	1,87(1,10)	35,2%	1,89(1,06)
24.Otros compañeros o compañeras se meten contigo	40,9%	1,30(1,11)	36,7%	1,26(1,03)

5.1.1. DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LAS PREVALENCIAS DE LOS ESTRESORES

No se encontraron diferencias de género en el número total de estresores experimentados en el Tiempo 1 [$M = 12,66$, $DT = 5,08$, y $M = 12,56$, $DT = 5,28$ para chicas y chicos respectivamente, $t(1196) = 0,34$, $p = 0,736$]. En cambio, en el Tiempo 2 los chicos puntuaron significativamente más alto que las chicas [$M = 11,78$, $DT = 5,05$, y $M = 12,49$, $DT = 5,70$ para chicas y chicos respectivamente, $t(971) = -2,06$, $p = 0,039$]. A continuación se evaluaron las diferencias de género en los estresores individuales evaluados a través de una serie de ji cuadrados. Los resultados que se presentan en la Tabla 5 indican que en el Tiempo 1 las chicas indicaron que experimentan más que los chicos los siguientes estresores: “discusiones o problemas con un amigo o amiga”, “tener pocos o ningún amigo/a”, discusiones o peleas entre sus padres”, “que algo malo le ocurra a un amigo o amiga”, “problemas o discusiones con padres, hermanos/as o familia”. Por otro lado, los chicos, en comparación con las chicas, experimentan más los siguientes estresores “meterse en líos o ser expulsado de la escuela”, “no tener tiempo suficiente para estar con tus amigos y familia” y “otros compañeros o compañeras se meten contigo”. No se encontraron diferencias de género significativas en los demás estresores.

Tabla 5. Diferencias de género en las frecuencias de los estresores en el Tiempo 1

SUCESO	Chicas	Chicos	χ^2	p
1.Sentirse presionado por amigos	49,7%	52,8%	0,78	0,38
2.Discusiones o problemas con un amigo o amiga	87,6%	81%	7,98	0,01
3.Muerte de un familiar	40,1%	42,7%	0,68	0,41
4.Hospitalización de un familiar	65,1%	61,3%	1,51	0,22
5.Estar rodeado de gente desagradable u ofensivos	64,1%	68,3%	1,94	0,16
6.Meterse en líos o ser expulsado de la escuela	20,7%	30,2%	11,50	0,001
7.Problemas, peleas o discusiones con compañeros/as	63,6%	60,2%	1,21	0,27
8. Problemas de dinero	43,1%	44,4%	0,16	0,69
9.Sacar malas notas	69,3%	70,4%	0,14	0,71
10.Tener pocos o ningún amigo/a	25,9%	16,2%	14,17	0,000
11.Discusiones o peleas entre tus padres	72,8%	55,4%	31,80	0,000
12.No conseguir hacer algo que quieres	93,9%	91,5%	2,00	0,16

SUCESO	Chicas	Chicos	χ^2	<i>p</i>
13.Discusiones o problemas con tu novio o novia	52,9%	48,5%	1,96	0,16
14.Que algo malo le ocurra a un amigo o amiga	85,2%	76%	13,11	0,000
15.Que tus padres descubran algo que tu no querías que supieran	66,9%	63,1%	1,55	0,21
16.No tener tiempo suficiente para estar con tus amigos y familia	61,7%	64,8%	5,29	0,02
17.Problemas o discusiones con padres, hermanos/as o familia	86,5%	79%	9,40	0,002
18.Problemas o discusiones con profesores/as o con el director del colegio	29%	33,1%	1,91	0,17
19.Muerte de un amigo o amiga	16,1%	19,6%	2,02	0,16
20.Tu padre o tu madre pierden su trabajo	16,3%	17,7%	0,32	0,58
21.Tus padres se separan	15,3%	15,2%	0,00	0,98
22.Ser castigado en casa	54,2%	53,5%	0,06	0,81
23.Romper o ser rechazado por tu novio o novia	41,8%	40,2%	0,27	0,60
24.Otros compañeros o compañeras se meten contigo	33,8%	46,2%	15,54	0,000

Los resultados de diferencias de género en la prevalencia de los estresores en el Tiempo 2 se muestran en la Tabla 6. Los resultados indican que las chicas indicaron que experimentan más que los chicos los siguientes estresores: “discusiones o problemas con un amigo o amiga”, “discusiones o peleas entre tus padres”, “problemas o discusiones con padres, hermanos/as o familia” y los chicos en “meterse en líos o ser expulsado de la escuela”, “problemas de dinero”, “sacar malas notas”, “que tus padres descubran algo que tu no querías que supieran”, “problemas o discusiones con profesores/as o con el director del colegio”, “muerte de un amigo o amiga”, “tu padre o tu madre pierden su trabajo”, “tus padres se separan” y “otros compañeros o compañeras se meten contigo”.

Tabla 6. Diferencias de género en las frecuencias de los estresores en el Tiempo 2

SUCESO	Chicas	Chicos	χ^2	<i>p</i>
1.Sentirse presionado por amigos	54,5%	56,3%	0,35	0,56
2.Discusiones o problemas con un amigo o amiga	86,1%	81,2%	4,24	0,04
3.Muerte de un familiar	38,1%	41,3%	1,06	0,30
4.Hospitalización de un familiar	54,7%	60,4%	3,25	0,07

SUCESO	Chicas	Chicos	χ^2	<i>p</i>
5.Estar rodeado de gente desagradable u ofensivos	66,9%	71,9%	2,92	0,09
6.Meterse en líos o ser expulsado de la escuela	19,4%	36,2%	33,77	0,00
7.Problemas, peleas o discusiones con compañeros/as	60,6%	62,1%	0,25	0,62
8. Problemas de dinero	35,5%	46,5%	12,22	0,00
9.Sacar malas notas	67,3%	73,7%	4,72	0,03
10.Tener pocos o ningún amigo/a	22,4%	18,3%	2,63	0,11
11.Discusiones o peleas entre tus padres	64,1%	55,2%	7,93	0,01
12.No conseguir hacer algo que quieres	89,8%	88,8%	0,21	0,65
13.Discusiones o problemas con tu novio o novia	49,2%	47,9%	0,18	0,67
14.Que algo malo le ocurra a un amigo o amiga	78%	74,2%	1,89	0,17
15.Que tus padres descubran algo que tu no querías que supieran	57,1%	65,8%	7,79	0,01
16.No tener tiempo suficiente para estar con tus amigos y familia	68,6%	65,2%	1,47	0,23
17.Problemas o discusiones con padres, hermanos/as o familia	81%	73,7%	7,55	0,01
18.Problemas o discusiones con profesores/as o con el director del colegio	27,2%	37,9%	12,53	0,00
19.Muerte de un amigo o amiga	15%	20,4%	4,76	0,03
20.Tu padre o tu madre pierden su trabajo	12,9%	19,8%	8,54	0,003
21.Tus padres se separan	11,8%	16,5%	4,53	0,03
22.Ser castigado en casa	46,2%	49,4%	1,02	0,31
23.Romper o ser rechazado por tu novio o novia	33,3%	36,7%	1,24	0,27
24.Otros compañeros o compañeras se meten contigo	30,1%	42,7%	16,72	0,00

5.1.2. DIFERENCIAS DE GÉNERO EN EL ESTRÉS PERCIBIDO

Se utilizó ANOVA de un factor para estudiar las diferencias de género en el estrés percibido. Los resultados del Tiempo 1 se presentan en la Tabla 7. Tal y como puede observarse, en todos los casos en los que se encontraron diferencias significativas éstas indicaron mayores puntuaciones en las chicas. En concreto, las chicas percibieron más estrés en las situaciones de “sentirse presionado por amigos”, “discusiones o problemas con un amigo o amiga”, “muerte de un familiar”, “hospitalización de un familiar”, “estar rodeado de

gente desagradable”, “meterse en líos o ser expulsado de la escuela”, “problemas, peleas o discusiones con compañeros/as”, “discusiones o peleas entre tus padres”, “no conseguir hacer algo que quieres”, “discusiones o problemas con tu novio o novia”, “que algo malo le ocurra a un amigo o amiga”, “que tus padres descubran algo que tu no querías que supieran”, “no tener tiempo suficiente para estar con tus amigos y familia”, “problemas o discusiones con padres, hermanos/as o familia”, “problemas o discusiones con profesores/as o con el director del colegio”, “muerte de un amigo/a”, “tu padre o tu madre pierden su trabajo”, “tu padre o tu madre pierden su trabajo”, “ser castigado en casa”, “romper o ser rechazado por tu novio o novia” y “otros compañeros o compañeras se meten contigo”.

Tabla 7. Diferencias de género en estrés percibido en Tiempo 1

SUCESO	Chicas M(DT)	Chicos M(DT)	F(1,604)	p
1.Sentirse presionado por amigos	1,26 (0,85)	0,94 (0,86)	21,17	0,000
2.Discusiones o problemas con un amigo o amiga	1,80 (0,92)	1,22 (0,94)	94,31	0,000
3.Muerte de un familiar	2,43 (0,91)	2,05 (1,04)	18,28	0,000
4.Hospitalización de un familiar	2,11 (0,94)	1,70 (1,02)	32,53	0,000
5.Estar rodeado de gente desagradable u ofensivos	1,84 (1,02)	1,52 (1,04)	18,66	0,000
6.Meterse en líos o ser expulsado de la escuela	2,20 (0,91)	1,61(1,12)	22,20	0,000
7.Problemas, peleas o discusiones con compañeros/as	1,58 (0,91)	1,10 (0,98)	45,82	0,000
8. Problemas de dinero	1,43 (0,93)	1,31 (1,10)	1,80	0,18
9.Sacar malas notas	2,10 (0,89)	1,61 (1,05)	50,59	0,000
10.Tener pocos o ningún amigo/a	1,87 (1,15)	1,66 (1,20)	2,01	0,16
11.Discusiones o peleas entre tus padres	1,84 (0,97)	1,49 (1,05)	22,14	0,000
12.No conseguir hacer algo que quieres	1,79 (0,93)	1,47 (0,96)	29,50	0,000
13.Discusiones o problemas con tu novio o novia	2,10 (0,91)	1,53 (1,11)	46,35	0,000
14.Que algo malo le ocurra a un amigo o amiga	2,23 (0,79)	1,73(0,94)	76,52	0,000
15.Que tus padres descubran algo que tu no querías que supieran	2,06(0,94)	1,87 (1,03)	6,46	0,011
16.No tener tiempo suficiente para estar con tus amigos y familia	1,85 (0,90)	1,48 (0,98)	29,65	0,000
17.Problemas o discusiones con padres, hermanos/as o familia	1,93 (0,89)	1,40 (0,99)	76,06	0,000
18.Problemas o discusiones con profesores/as o con el director del colegio	1,43 (0,95)	1,07 (1,03)	12,01	0,001
19.Muerte de un amigo o amiga	2,82 (0,49)	2,35 (0,99)	17,14	0,000

SUCESO	Chicas M(DT)	Chicos M(DT)	F(1,604)	p
20.Tu padre o tu madre pierden su trabajo	2,28(0,80)	1,86 (1,10)	9,32	0,003
21.Tus padres se separan	2,38 (0,93)	2,15 (1,10)	2,52	0,114
22.Ser castigado en casa	1,32 (0,99)	1,10 (1,03)	7,43	0,007
23.Romper o ser rechazado por tu novio o novia	2,16 (0,98)	1,64 (1,14)	28,84	0,000
24.Otros compañeros o compañeras se meten contigo	1,64 (1,15)	1,11 (1,04)	27,55	0,000

Finalmente, se repitieron los análisis de diferencias de género para el estrés percibido en el Tiempo 2. Los resultados se muestran en la Tabla 8. Tal y como sucedió en el Tiempo 1 las chicas percibieron más estrés que los chicos. En concreto, las chicas experimentaron más estrés que los chicos ante los siguientes sucesos: “sentirse presionado por amigos”, “discusiones o problemas con un amigo o amiga”, “hospitalización de un familiar”, “estar rodeado de gente desagradable u ofensivos”, “meterse en líos o ser expulsado de la escuela”, “problemas, peleas o discusiones con compañeros/as”, “sacar malas notas”, “discusiones o peleas entre tus padres”, “no conseguir hacer algo que quieres”, “discusiones o problemas con tu novio o novia”, “que algo malo le ocurra a un amigo o amiga”, “no tener tiempo suficiente para estar con tus amigos y familia”, “problemas o discusiones con padres, hermanos/as o familia”, “problemas o discusiones con profesores/as o con el director del colegio”, “tu padre o tu madre pierden su trabajo”, “ser castigado en casa”, “romper o ser rechazado por tu novio o novia”, “otros compañeros o compañeras se meten contigo”.

Tabla 8. Diferencias de género en estrés percibido en Tiempo 2

SUCESO	Chicas	Chicos	F(1,541)	p
1.Sentirse presionado por amigos	1,45 (0,88)	1,04 (0,88)	28,02	0,000
2.Discusiones o problemas con un amigo o amiga	1,84 (0,87)	1,35 (0,91)	59,27	0,000
3.Muerte de un familiar	2,35 (0,90)	2,17(0,96)	3,70	0,055
4.Hospitalización de un familiar	2,08(0,88)	1,85(0,91)	8,91	0,003
5.Estar rodeado de gente desagradable u ofensivos	1,66(0,97)	1,51(1,00)	4,31	0,038
6.Meterse en líos o ser expulsado de la escuela	2,08(1,07)	1,71(1,00)	7,79	0,006
7.Problemas, peleas o discusiones con compañeros/as	1,52(0,86)	1,28(0,92)	10,30	0,001
8. Problemas de dinero	1,51(0,90)	1,37(1,06)	1,84	0,176
9.Sacar malas notas	2,19(0,88)	1,71(0,99)	44,47	0,000
10.Tener pocos o ningún amigo/a	1,83(1,12)	1,68(1,15)	0,85	0,358

SUCESO	Chicas	Chicos	F(1,541)	p
11.Discusiones o peleas entre tus padres	1,87(0,92)	1,46(0,95)	28,77	0,000
12.No conseguir hacer algo que quieras	1,81(0,92)	1,52(0,92)	22,71	0,000
13.Discusiones o problemas con tu novio o novia	2,17(0,85)	1,60(1,00)	44,01	0,000
14.Que algo malo le ocurra a un amigo o amiga	2,21(0,80)	1,76(0,85)	54,51	0,000
15.Que tus padres descubran algo que tu no querías que supieran	1,98(0,92)	1,86(0,98)	2,43	0,12
16.No tener tiempo suficiente para estar con tus amigos y familia	1,82(0,90)	1,50(0,95)	19,80	0,000
17.Problemas o discusiones con padres, hermanos/as o familia	1,90(0,88)	1,41(0,89)	59,21	0,000
18.Problemas o discusiones con profesores/as o con el director del colegio	1,44(1,00)	1,10(0,95)	9,01	0,003
19.Muerte de un amigo o amiga	2,58(0,82)	2,49(0,80)	0,49	0,483
20.Tu padre o tu madre pierden su trabajo	2,33(0,89)	1,94(0,96)	6,30	0,013
21.Tus padres se separan	2,36(0,96)	2,09(1,07)	2,17	0,142
22.Ser castigado en casa	1,40(1,01)	1,17(1,01)	5,76	0,017
23.Romper o ser rechazado por tu novio o novia	2,12(0,98)	1,17(1,01)	13,39	0,000
24.Otros compañeros o compañeras se meten contigo	2,12(0,98)	1,71(1,09)	12,54	0,000

5.2. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS, CORRELACIONES ENTRE LAS VARIABLES DEL ESTUDIO Y DIFERENCIAS DE GÉNERO

En la Tabla 9 se muestran las medias y desviaciones típicas de cada variable del estudio así como las correlaciones entre ellas. Como puede observarse, todas las correlaciones excepto la de afrontamiento de control secundario con la depresión en el Tiempo 2, el número de estresores en el Tiempo 1 y el estrés percibido del Tiempo 2 fueron estadísticamente significativas. En la Tabla 10 se presentan las diferencias de género en las variables del estudio. Las chicas puntuaron significativamente más alto que los chicos en todas las variables excepto en el afrontamiento secundario y en las subescalas de reestructuración cognitiva, pensamiento positivo y distracción donde no hubo diferencias. Se calculó el tamaño del efecto (*d*) siguiendo las orientaciones de Cohen (1988). Según esos criterios, las diferencias eran moderadas para el afrontamiento primario, la resolución de problemas, la expresión emocional y la depresión en el Tiempo 2 y pequeñas para el resto.

Tabla 9. Estadísticos descriptivos y correlaciones entre las variables del estudio

	1	2	3	4	5	6	7	8	M	DT
1. A. Control Primario T1	1								17.55	4.60
2. A. Control Secundario T1	.37**	1							18.07	5.63
3. A. Distanciamiento T1	.16**	.32**	1						9.88	4.27
4. Depresión T1	.12**	-.07*	.32**	1					6.06	4.08
5. Depresión T2	.11*	-.05	.28**	.72**	1				5.60	3.93
6. Estrés Percibido T1	.27**	.08*	.31**	.35**	.34**	1			20.82	13.10
7. Estrés Percibido T2	.15**	.06	.23**	.31**	.38**	.57**	1		20.53	12.92
8. Numero estresores T1	.09**	.05	.27**	.24**	.24**	.82**	.28**	1	12.61	5.19
9. Número estresores T2	.13**	.07*	.11**	.12**	.26**	.50**	.84**	.32**	12.16	5.42

* $p < 0,05$, ** $p < 0,001$

Tabla 10. Diferencias de género en las variables del estudio

	Chicas M(DT)	Chicos M(DT)	F (1,1996)	p	d de Cohen
1. A. Control Primario T1	19.44(3.75)	15.89(5.65)	168.64	< .001	0.72
2. A. Control Secundario T1	18.29(5.76)	17.86(5.51)	1.37	.24	0.08
3. A. Distanciamiento T1	10.57(4.25)	9.25(4.18)	23.98	< .001	0.31
4. Resolución de problemas	2.26(0.54)	1.86(0.64)	124.03	< .001	0.68
5. Regulación emocional	1.90(0.52)	1.60(0.69)	68.49	< .001	0.50
6. Expresión emocional	2.35(0.65)	1.83(0.75)	159.51	< .001	0.74
7. Reestructuración cognitiva	1.39(0.70)	1.37(0.79)	0.30	.586	0.03
8. Pensamiento positivo	1.61(0.71)	1.54(0.72)	2.70	.101	0.10
9. Aceptación	1.61(0.62)	1.67(0.71)	1.98	.160	-0.09
10. Distracción	1.49(0.66)	1.43(0.69)	2.30	.130	0.09

	Chicas M(DT)	Chicos M(DT)	F (1,1996)	<i>p</i>	<i>d</i> de Cohen
11. Negación	0.91(0.69)	0.82(0.69)	4.88	.027	0.13
12. Evitación	1.28(0.61)	1.19(0.64)	6.94	.009	0.14
13. Pensamiento de deseo	1.37(0.70)	1.13(0.69)	34.93	< .001	0.35
4. Depresión T1	7.02(4.12)	5.13(3.75)	56.23	< .001	0.48
5. Depresión T2	6.64(4.13)	4.66(3.47)	66.24	< .001	0.53
6. Estrés Percibido T1	23.46(13.20)	18.41(12.50)	37.62	< .001	0.39
7. Estrés Percibido T2	21.97(12.55)	19.17(13.07)	11.59	.001	0.22

5.3. MODELO DE MEDIDA DEL AFRONTAMIENTO RSQ: INVARIANZA FACTORIAL EN CHICOS Y CHICAS ADOLESCENTES

A continuación se evaluó si el modelo de medida propuesto del RSQ era invariante en chicos y chicas. Los modelos se probaron con el método de máxima verosimilitud con LISREL 8.80 (Jöreskog y Sörbom, 2006). Se utilizaron la raíz cuadrada media de error de aproximación (RMSEA), el índice de ajuste comparativo (CFI) y la raíz cuadrada media residual estandarizada (SRMR) para evaluar la bondad de ajuste del modelo. Según diversos autores (Hu y Bentler, 1999), valores del CFI mayores que 0,90, valores del RMSEA menores que 0,06 y valores de SRMR menores de 0,08 reflejan un buen ajuste.

Para fijar la escala de las variables latentes y así poder estimar los parámetros del modelo empleamos el método de codificación de efectos (Little, Slegers y Card, 2006). Consiste en imponer que la media de los pesos factoriales sea 1 y que la suma de la media de los indicadores sea 0. Para Little et al. (2006) este método es el más adecuado cuando el objetivo es confirmar la estructura factorial de un constructo a partir de ítems.

El modelo hipotético consistió en 10 factores de primer orden (resolución de problemas, regulación emocional, expresión emocional, distracción, pensamiento positivo, reestructuración cognitiva, aceptación, evitación, negación y pensamiento de deseo) explicados por tres dimensiones o factores de segundo orden (control primario, control secundario y distanciamiento). En primer lugar se probó el modelo en la muestra total. Los

resultados mostraron unos índices de ajuste en general adecuados excepto para CFI, χ^2 (392, n = 1198) = 1169,91, RMSEA = .062 (90% CI: .060; .065), CFI = .87, SRMR = .066. La tabla siguiente recoge las cargas factoriales. Todas fueron significativamente diferentes de 0, aunque la correspondiente al ítem 26 (*Mantengo mis sentimientos bajo control cuando tengo que hacerlo y los expreso cuando no pueden empeorar las cosas*) en el factor de regulación emocional fue baja (0.18).

Tabla 11. Cargas factoriales del RSQ en factores de primer orden

Item	Carga factorial
	Resolución de problema
Intento pensar en diferentes formas de solucionar el problema o de arreglar la situación	0.44
Pido a otras personas ayuda o ideas acerca de cómo manejar el problema	0.67
Hago algo para intentar arreglar el problema o emprendo una acción para cambiar las cosas	0.50
	Regulación emocional
Consigo ayuda de otras personas cuando intento manejar mis sentimientos	0.63
Hago algo para calmarme cuando tengo problemas con otras personas	0.48
Mantengo mis sentimientos bajo control cuando tengo que hacerlo y los expreso cuando no pueden empeorar las cosas	0.18
	Expresión emocional
Consigo la simpatía, la comprensión o apoyo de alguien	0.63
Comparto con alguien como me siento	0.70
Expreso mis sentimientos	0.61
	Reestructuración cognitiva
Me digo a mi mismo/a que las cosas podrían ser peores	0.57
Me digo a mi mismo/a que no importa, que no es importante	0.49

Item	Carga factorial
Pienso en las cosas que estoy aprendiendo de la situación, o en algo bueno a lo que pueda conducir	0.48
	Pensamiento positivo
Me digo a mi mismo/a que puedo con ello o que lo haré mejor la próxima vez	0.53
Me digo a mi mismo/a que todo irá bien	0.68
Pienso en las formas de reírme de ello de modo que no parezca tan malo	0.49
	Aceptación
Concluyo que estoy bien incluso aunque no sea perfecto	0.47
Me doy cuenta de que tengo que vivir con las cosas tal como son	0.54
Tomo simplemente las cosas como son, voy con la corriente	0.34
	Distracción
Pienso en cosas agradables para alejar mi mente del problema o de cómo soy	0.54
Alejo mi mente de los problemas	0.46
Imagino que suceso algo realmente divertido o excitante en mi vida	0.43
	Negación
Cuando estoy rodeada de otras personas actúo como si los problemas nunca hubiesen sucedido	0.23
Intento creer que nunca ocurrió	0.62
Cuando algo va mal con otras personas, me digo a mi mismo/a: “Esto no es real, no puede estar sucediendo”	0.58
	Evitación
Intento no pensar en nada	0.31
Intento no pensar sobre ello y olvidarme de todo lo relacionado	0.50

Item	Carga factorial
Intento permanecer alejado/a de la gente y de las cosas que me hacen sentir molesto/a o me recuerdan el problema	0.41
	Pensamiento de deseo
Desearía ser más fuerte, más listo/a o popular de modo que las cosas fueran diferentes	0.45
Mi forma de manejar el problema consiste en desear que éste desaparezca que todo se resuelva por sí mismo	0.52
Desearía que viniera alguien y me sacara del lío	0.48

Además, las cargas factoriales de segundo orden fueron todas estadísticamente significativas y altas, tal y como se muestra en la tabla 12.

Tabla 12. Cargas factoriales de segundo orden

	Control Primario	Control Secundario	Distanciamiento
Resolución problema	0.89	--	--
Regulación emocional	0.99	--	--
Expresión emocional	0.96	--	--
Reestructuración cognitiva	--	0.85	--
Pensamiento positivo	--	0.95	--
Aceptación	--	0.68	--
Distracción	--	0.85	--
Negación	--	--	0.71
Evitación	--	--	0.99
Pensamiento de deseo	--	--	0.74

Para evaluar si el modelo era equivalente en chicos y chicas se llevó a cabo un Análisis Factorial Confirmatorio Multigrupo (AFCMG). La utilización del AFCMG permite analizar si los ítems del cuestionario operan como equivalentes en los dos grupos (Byrne, 2006). Para ello, en primer lugar, se establece el modelo base para cada submuestra (chicos y chicas). En segundo lugar, se combinan las dos muestras para producir un modelo de medición básica sin restricciones de igualdad (invarianza configural/estructural). A continuación, se fijan las cargas factoriales libres en función de los dos grupos (invarianza factorial). Si los índices de ajuste no cambian significativamente se acepta la invarianza factorial, lo que supone que las cargas factoriales son iguales en los dos grupos. Varios estudios han concluido que el uso del aumento en la χ^2 para comprobar la invarianza presenta varios problemas. Por ejemplo, es más sensible a la no normalidad y es habitualmente significativo con muestras grandes (Chen, 2007; Chen, Sousa y West, 2005) por lo que puede llevar a conclusiones erróneas. Por ello, recientemente se ha sugerido la comparación de otros indicadores de ajuste. Los indicadores CFI, RMSEA y SRMR son menos sensibles al tamaño de la muestra y se consideran mejores para comprobar la invarianza en grupos grandes (Chen, 2007; Cheung y Rensvold, 2002). Chen (2007) propone los siguientes criterios para comprobar la invarianza factorial cuando los grupos son grandes ($N > 300$): Un cambio $\leq 0,01$ en CFI, con un cambio $\leq 0,015$ en RMSEA o un cambio $\leq 0,01$ en SRMR serían indicativos de invarianza.

En primer lugar se evaluaron los modelos por separado para chicos y chicas. Los índices de ajuste fueron adecuados tanto en la muestra de chicos, χ^2 (392, $n = 679$) = 1527, RMSEA = .065 (90% CI: .062; .069), CFI = .87, SRMR = .069, como en el de chicas, χ^2 (392, $n = 519$) = 1052, RMSEA = .057 (90% CI: .053; .061), CFI = .87, SRMR = .071. A continuación se analizó la invarianza configural para comprobar que el patrón de parámetros fijados y libres era equivalente en las dos muestras y los índices de ajuste fueron adecuados, χ^2 (784, $n = 1198$) = 2579, RMSEA = .062 (90% CI: .059; .065), CFI = .86, SRMR = .069. Finalmente, se comprobó la invarianza factorial. Los resultados de este análisis, χ^2 (804, $n = 1198$) = 2694, RMSEA = .063 (90% CI: .060; .065), CFI = .86, SRMR = .064, indican un aumento de χ^2 estadísticamente significativo para la asunción de invarianza en las cargas factoriales, $\Delta\chi^2$ (20, $n=1198$) = 115, $p < .001$. Sin embargo, según los criterios alternativos descritos anteriormente (diferencia inferior entre índices de ajuste: CFI ≤ 0.01 ; RMSEA ≤ 0.015 y SRMR ≤ 0.01) puede asumirse la invarianza. Es importante señalar, no obstante, que un examen detallado de los ítems mostró que la carga factorial contribuía al cambio

significativo en χ^2 . En concreto, la carga factorial del ítem 26 (*Mantengo mis sentimientos bajo control cuando tengo que hacerlo y los expreso cuando no pueden empeorar las cosas*) no fue estadísticamente significativa en la muestra de chicas (0.04) pero si lo fue en la muestra de chicos (0.38).

Finalmente, se evaluó la equivalencia de las cargas factoriales de segundo orden en chicos y chicas. En este caso, el aumento de χ^2 también fue estadísticamente significativo, $\Delta\chi^2$ (10, $n=1198$) = 30, $p<.01$. Sin embargo, esta asunción implicó un aumento de CFI, RMSEA y SRMR aceptables ($CFI \leq 0.01$; $RMSEA \leq 0.015$ y $SRMR \leq 0.01$). Una evaluación detallada a partir de los índices de modificación proporcionados por LISREL indicó que la carga factorial del factor regulación emocional en el afrontamiento de control primario era la que contribuía al aumento de χ^2 . Esta carga factorial fue mayor en chicas (0.93) que en chicos (0.80). Finalmente se estimó un modelo invariante parcial en el que se liberó las mencionadas cargas factoriales que resultaban diferentes en ambas muestras, χ^2 (812, $n = 1198$) = 2609, RMSEA = .063 (90% CI: .60; .065), CFI = .86, SRMR = .064, $\Delta\chi^2$ (28, $n=1198$) = 30, *ns*.

5.4. LOS ESTILOS DE AFRONTAMIENTO COMO PREDICTORES DE LOS SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN

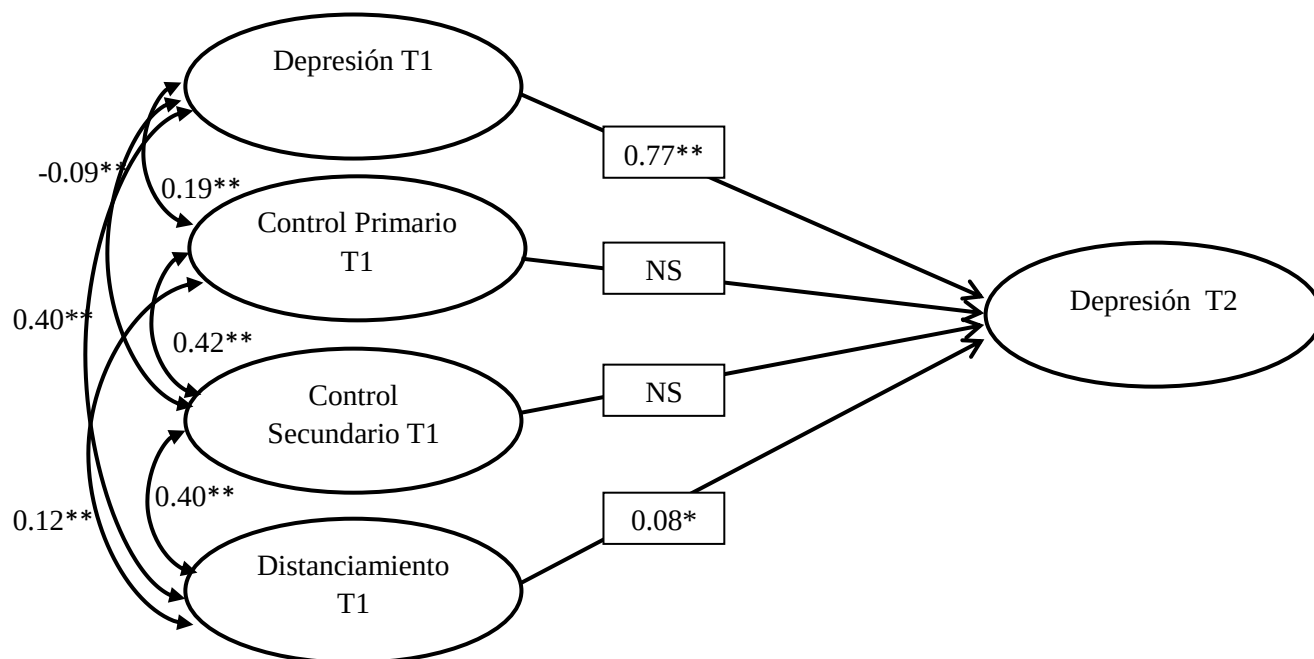
Se evaluó un modelo en el que los tres estilos de afrontamiento (control primario, control secundario y distanciamiento) predecían la depresión en el Tiempo 2. Para ello se incluyeron en el modelo los tres estilos de afrontamiento en el Tiempo 1 y la depresión en el Tiempo 1 y 2. Para comprobar este modelo se utilizaron parcelas de ítems como indicadores de las variables latentes. Se escogió este método porque presenta varias ventajas: reduce el número de parámetros en el modelo, la probabilidad de residuos correlacionados y las fuentes de error muestral (Jöreskog y Sörbom, 2006; Little et al., 2006). El modelo incluyó cinco variables latentes y 15 indicadores (tres por cada variable latente). Además, los errores de los indicadores de la variable depresión que se midió tanto en el Tiempo 1 como en el Tiempo 2 se conceptualizaron como correlacionados por el supuesto de que los factores que contribuyen al error de medida en cualquier variable específica serán consistentes en las diferentes medidas de esa variable (Martens y Haase, 2006).

A nivel transversal la depresión en el Tiempo 1 se asoció significativamente con más afrontamiento de distanciamiento y afrontamiento de control primario y menos afrontamiento de control secundario. A nivel longitudinal, los resultados indicaron que la depresión del Tiempo 1 se relaciona significativamente con la depresión en el Tiempo 2. Además, el

afrontamiento de distanciamiento predijo los síntomas de depresión. Los índices de ajuste fueron buenos, $\chi^2(77, N = 976) = 773.79$, RMSEA = .067 (90 % CI: 0.063; 0.072), CFI = .95, SRMR = .059. La Figura 3 muestra los resultados de este modelo.

Figura 3. Los estilos de afrontamiento como variables predictoras de la depresión

Nota. NS = No significativo, * $p < 0,05$, ** $p < 0,001$.



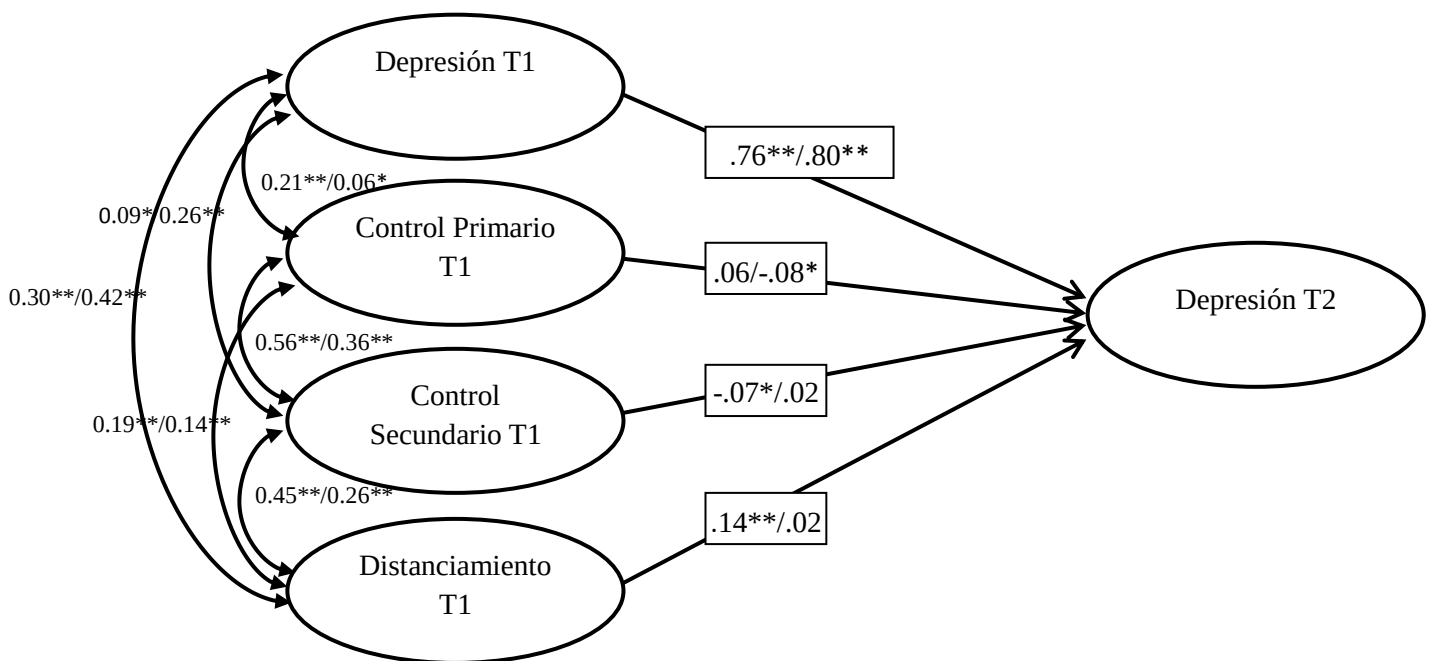
5.5. DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LA RELACIÓN ENTRE LOS ESTILOS DE AFRONTAMIENTO Y LA DEPRESIÓN

Para evaluar si las relaciones entre los estilos de afrontamiento y la depresión son iguales para los chicos y las chicas se realizó un análisis multigrupo. En primer lugar se estimó el modelo para chicos y chicas separadamente. Los índices de ajuste fueron adecuados en el modelo de los chicos, $\chi^2(77, N = 679) = 488.19$, RMSEA = .073 (90% CI: .068; .078), CFI = .95, SRMR = .061, y en el de las chicas, $\chi^2(77, N = 519) = 412.35$, RMSEA = .063 (90% CI: .058; .071), CFI = .95, SRMR = .061. En el caso de los chicos, el afrontamiento de control secundario (negativamente) y el afrontamiento de distanciamiento predijeron la depresión, mientras que en el caso de las chicas fue el afrontamiento de control primario de manera negativa el que predijo la depresión. En segundo lugar se comprobó la invarianza configural del modelo para demostrar que el patrón de

parámetros fijados y libres era equivalente en las dos muestras y los índices de ajuste fueron adecuados, $\chi^2(154, N = 998) = 1278.35$, RMSEA = .083 (.079; .087), CFI = .93, SRMR = .065. Finalmente se comprobó la invarianza de las relaciones. Esta imposición aumentó significativamente el valor de la ji cuadrado, $\Delta\chi^2(4, n = 998) = 34,61$, $p < .001$, lo que indica que el patrón de las relaciones entre los estilos de afrontamiento y la depresión es diferente en chicos y chicas.

Se examinaron las relaciones de manera separada para identificar las diferencias. Los resultados indicaron que la relación entre el afrontamiento de control primario y la depresión era mayor entre las chicas, $\Delta\chi^2(1, n = 998) = 11,29$, $p < .05$, la relación entre el afrontamiento de control secundario y la depresión y entre el afrontamiento de distanciamiento y la depresión fue mayor entre los chicos, $\Delta\chi^2(1, n = 998) = 10,91$, $p < .001$ y $\Delta\chi^2(1, n = 998) = 8.22$, $p < .05$, respectivamente. Los resultados se muestran en la Figura 4.

Figura 4. Diferencias de género en la relación entre los estilos de afrontamiento y la depresión



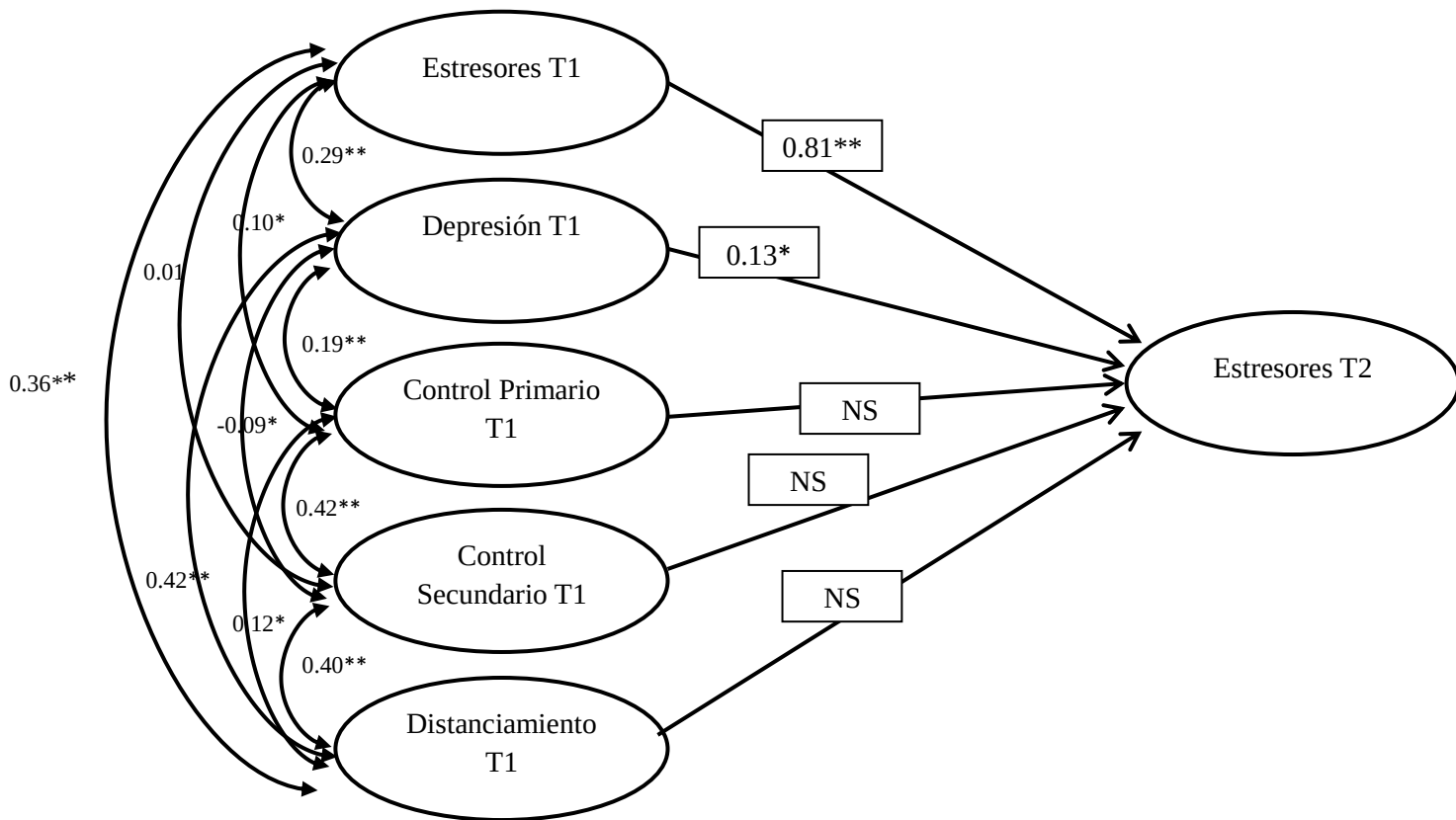
Nota. Los coeficientes de la izquierda corresponden a los chicos y los coeficientes de la derecha a las chicas. * $p < 0,05$, ** $p < 0,001$.

5.6. MODELO DE GENERACIÓN DE ESTRÉS: LA DEPRESIÓN Y LOS ESTILOS DE AFRONTAMIENTO COMO PREDICTORES DEL NÚMERO DE ESTRESORES

Se puso a prueba la hipótesis de que los tres estilos de afrontamiento (control primario, control secundario y distanciamiento) y la depresión en el Tiempo 1 predecirán los estresores en el Tiempo 2. Para ello, se incluyeron en el modelo los tres estilos de afrontamiento y la depresión en el Tiempo 1 y los estresores en el Tiempo 1 y 2. Para estos análisis se emplearon únicamente los estresores de naturaleza dependiente interpersonal (1, 2, 5, 6, 10, 11, 13, 15, 16, 17, 18, 22, 23, 24). Al igual que en el modelo anterior se utilizaron parcelas de ítems como indicadores de las variables latentes. Este modelo incluyó seis variables latentes y 18 indicadores. La escala de cada constructo se estableció fijando la varianza latente a 1 porque este es el método recomendado cuando las variables manifiestas se han medido en escalas diferentes (Little et al., 2006). Los errores de medida de los indicadores de la variable estresores que se midió tanto en el Tiempo 1 como en el Tiempo 2 se conceptualizaron como correlacionados.

En primer lugar, un análisis factorial confirmatorio preliminar mostró que el modelo de medida era adecuado y que las cargas factoriales eran significativamente diferentes a cero. A continuación se comprobó el modelo estructural hipotetizado. Los índices de ajuste fueron buenos, $\chi^2(117, N = 976) = 434.33$, RMSEA = .052 (90 % CI: 0.048; 0.058), CFI = .96, SRMR = .048. El path autorregresivo de los estresores fue significativo. Además, la depresión en el Tiempo 1 predijo el número de estresores en el Tiempo 2. Sin embargo, los estilos de afrontamiento no predijeron los estresores del Tiempo 2. La Figura 5 muestra los resultados de este modelo.

Figura 5. La depresión y los estilos de afrontamiento como variables predictoras de los estresores



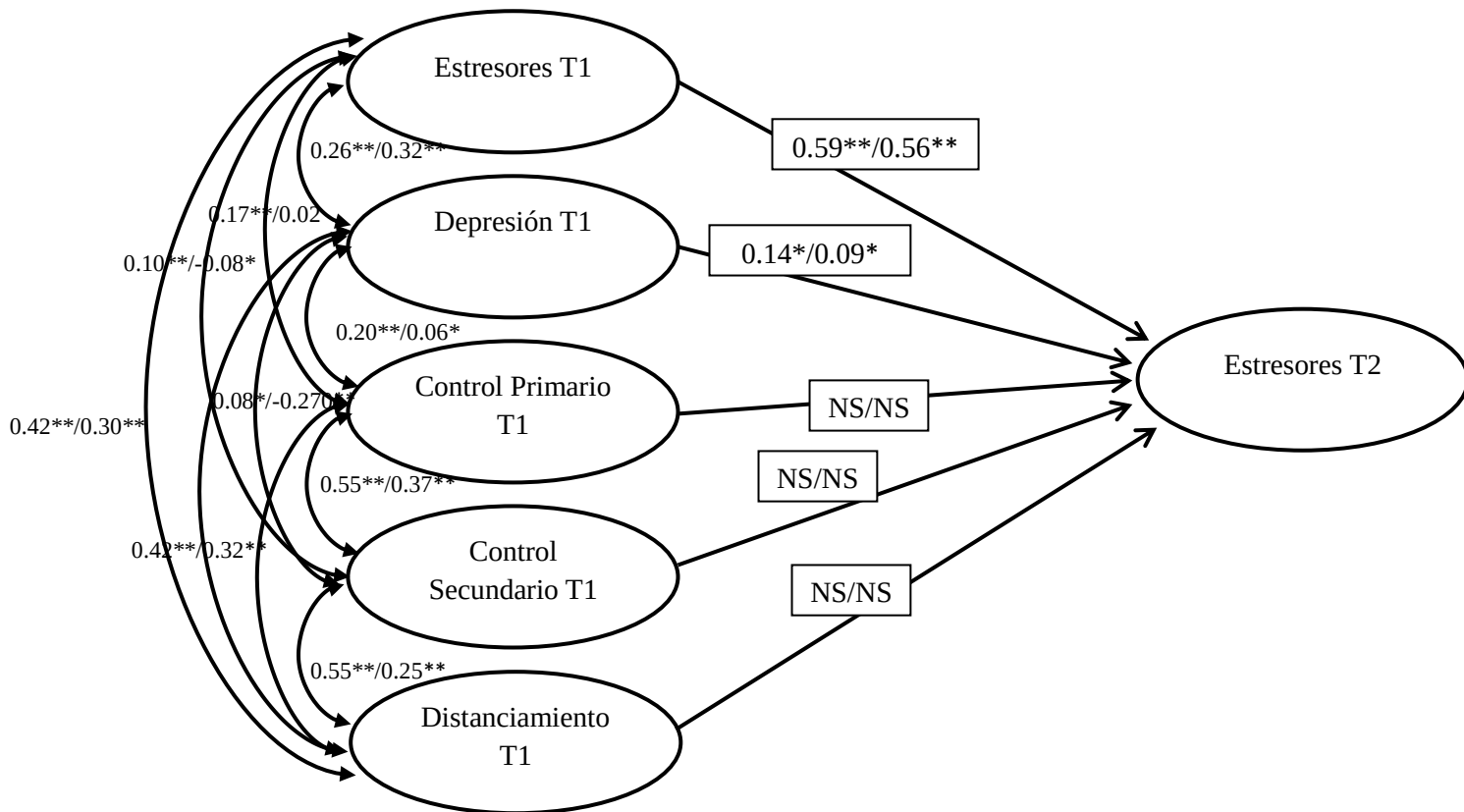
Nota. NS = No significativo, * $p < 0,05$, ** $p < 0,001$.

5.7. DIFERENCIAS DE GÉNERO EN EL MODELO DE GENERACIÓN DE ESTRÉS

A continuación se comprobó si las relaciones entre las variables del modelo eran equivalentes en chicos y chicas. Primero se estimó el modelo para chicos y chicas separadamente. Los índices de ajuste fueron buenos en el modelos de los chicos, $\chi^2(117, N = 679) = 348.54$, RMSEA = .057 (90% CI: .052; .064), CFI = .96, NNFI = .95, SRMR = .051, y en el de las chicas, $\chi^2(117, N = 519) = 248.94$, RMSEA = .048 (90% CI: .039; .056), CFI = .97, NNFI = .98, SRMR = .067. En segundo lugar se comprobó la invarianza configural del modelo para demostrar que el patrón de parámetros fijados y libres era equivalente en las dos muestras y los índices de ajuste fueron adecuados, $\chi^2(234, N = 998) = 665.48$, RMSEA = .057 (.052; .063), NNFI = .95, CFI = .96, SRMR = .052. Finalmente se comprobó la invarianza de

las relaciones. Esta restricción no aumentó la χ^2 significativamente, $\Delta\chi^2(5, N = 998) = 4.2$, $p = .521$, lo que indica que el patrón de las relaciones es igual entre chicos y chicas.

Figura 6. La depresión y los estilos de afrontamiento como variables predictoras de los estresores



Nota. Los coeficientes de la izquierda corresponden a los chicos y los coeficientes de la derecha a las chicas. NS = No significativo, * $p < 0,05$, ** $p < 0,001$.

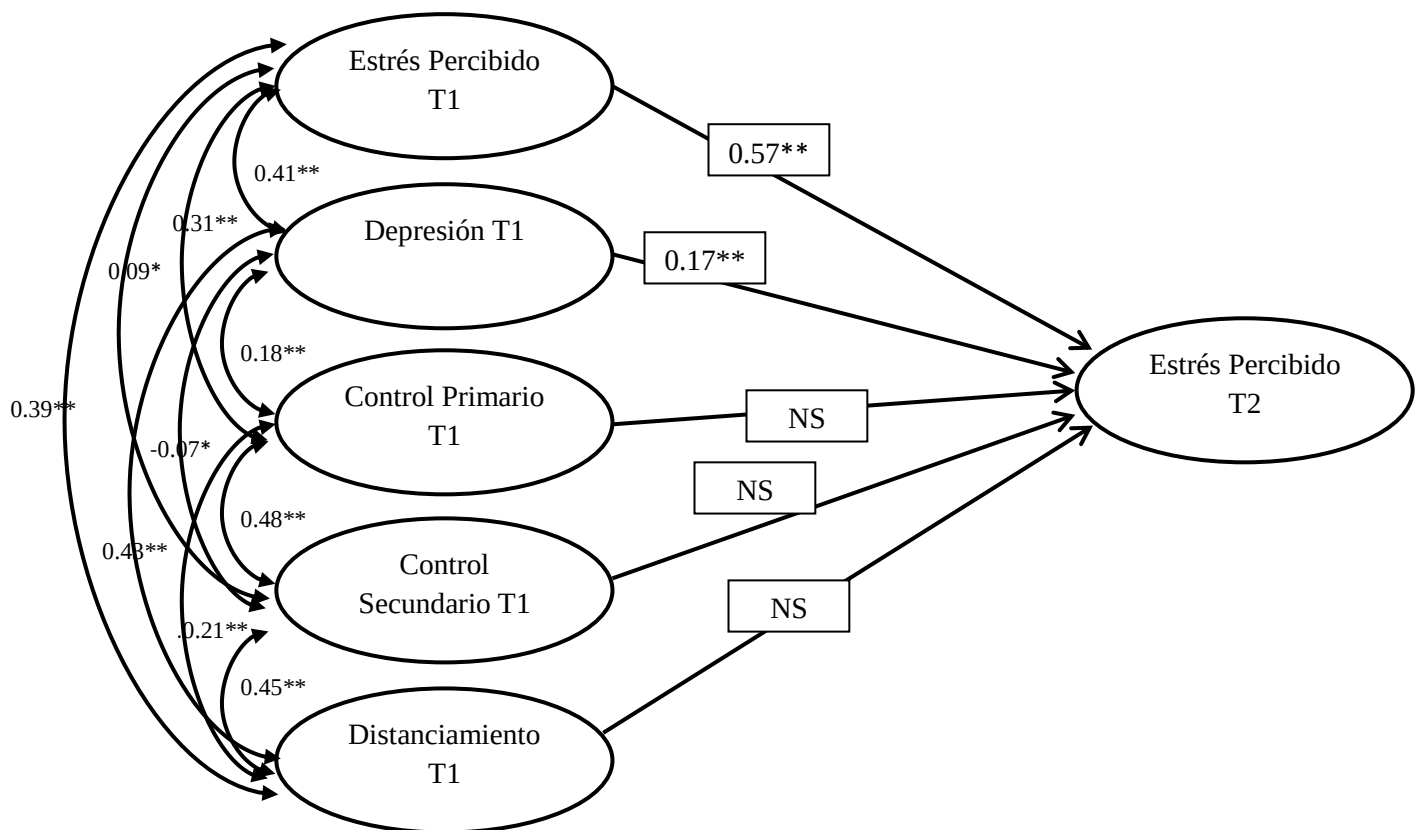
5.8. MODELO DE GENERACIÓN DE ESTRÉS: LA DEPRESIÓN Y LOS ESTILOS DE AFRONTAMIENTO COMO PREDICTORES DEL ESTRÉS PERCIBIDO

De manera similar que en el apartado anterior se puso a prueba la hipótesis de generación de estrés pero en este caso en lugar del número de estresores se tomó como variable criterio el estrés percibido. Por tanto, se evaluó si los tres estilos de afrontamiento (control primario, control secundario y distanciamiento) y la depresión en el Tiempo 1 predecirán el estrés percibido el Tiempo 2. El modelo planteado por tanto fue

similar y se incluyeron en el modelo los tres estilos de estilos de afrontamiento y la depresión en el Tiempo 1 y el estrés percibido en el Tiempo 1 y 2. Al igual que en el modelo anterior, se utilizaron parcelas de ítems como indicadores de las variables latentes. Por lo tanto, el modelo incluyó seis variables latentes y 18 indicadores.

Se comprobó el modelo estructural hipotetizado. Los índices de ajuste fueron buenos, χ^2 (117, N = 998) = 542.13, RMSEA = .054 (90 % CI: 0.050; 0.059), CFI = .97, SRMR = .048. El path autorregresivo del estrés percibido fue significativo. Además, la depresión en el Tiempo 1 predijo el estrés percibido en el Tiempo 2. Sin embargo, los estilos de afrontamiento no predijeron el estrés percibido en el Tiempo 2. La Figura 7 muestra los resultados de este modelo.

Figura 7. La depresión y los estilos de afrontamiento como variables predictoras del estrés percibido

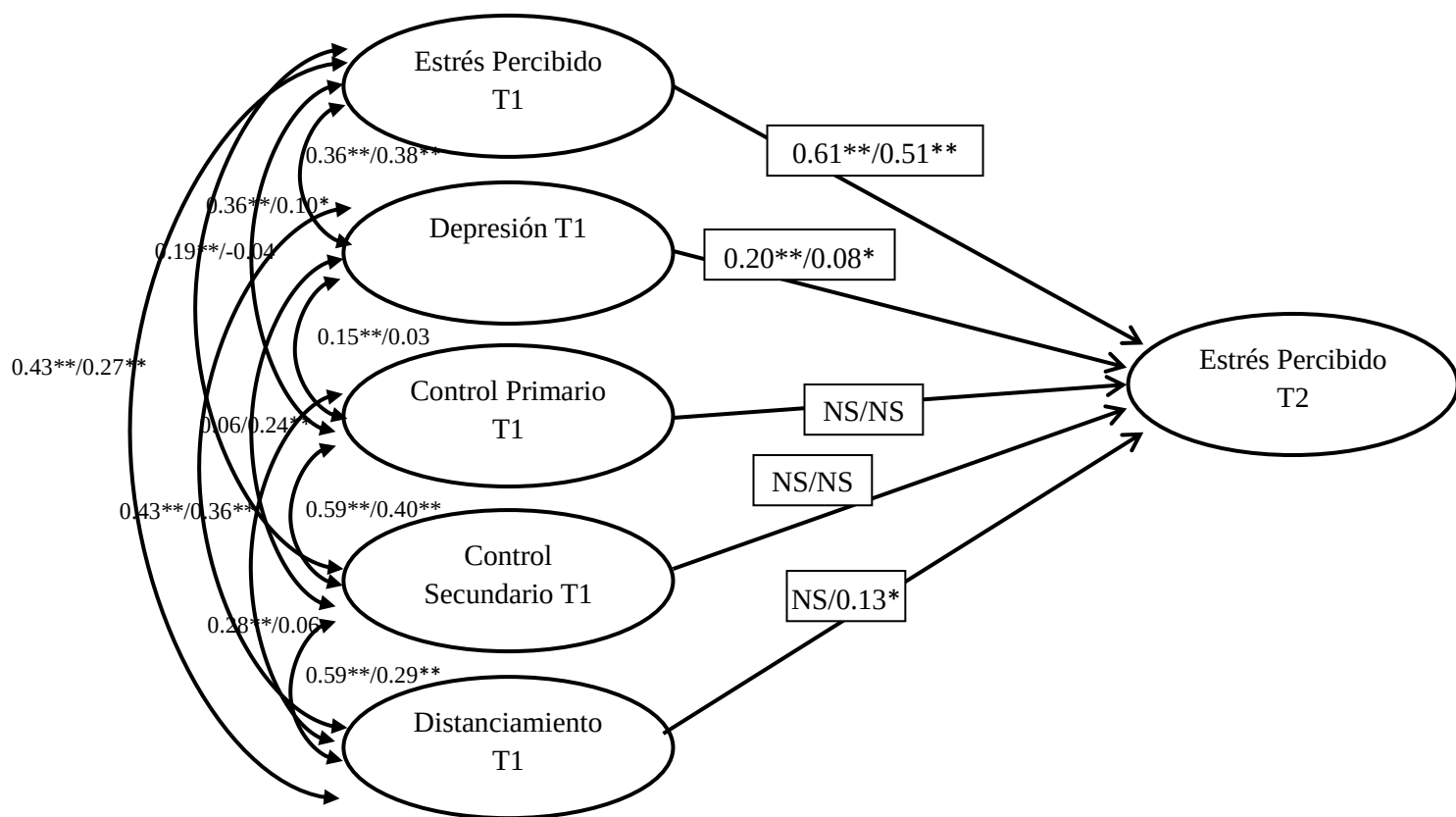


Nota. NS = No significativo, * $p < 0,05$, ** $p < 0,001$.

5.9. DIFERENCIAS DE GÉNERO EN EL MODELO DE GENERACIÓN DE ESTRÉS PERCIBIDO

Finalmente se comprobó si las relaciones entre las variables del modelo del estrés percibido eran equivalentes en chicos y chicas. Primero se estimó el modelo para chicos y chicas de manera separada (Figura 6). Los índices de ajuste fueron buenos tanto para los chicos, $\chi^2(117, N = 679) = 367.91$, RMSEA = .59 (90% CI: .053; .066), CFI = .96, SRMR = .050, como para las chicas, $\chi^2(117, N = 519) = 330.96$, RMSEA = .054 (90% CI: .047; .061), CFI = .96, SRMR = .051. En el caso de las chicas, el estilo de afrontamiento de distanciamiento del Tiempo 1 también predijo el estrés percibido en el Tiempo 2. En segundo lugar se comprobó la invarianza configural del modelo para demostrar que el patrón de parámetros fijados y libres era equivalente en las dos muestras y los índices de ajuste fueron adecuados, $\chi^2(234, N = 998) = 770.20$, RMSEA = .060 (.055; .065), CFI = .96, SRMR = .051. Finalmente se comprobó la invarianza de las relaciones. Esta restricción no aumentó la χ^2 significativamente, $\Delta\chi^2(5, N = 998) = 5.73$, $p = .331$, lo que indica que el patrón de las relaciones es igual entre chicos y chicas, aunque, como se ha indicado, el afrontamiento de distanciamiento aumentó la percepción de estrés en las chicas.

Figura 8. La depresión y los estilos de afrontamiento como variables predictoras del estrés percibido



Nota. Los coeficientes de la izquierda corresponden a los chicos y los coeficientes de la derecha a las chicas. NS = No significativo, * $p < 0,05$, ** $p < 0,001$.

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Este estudio se encuadra en modelos que extienden los modelos cognitivos tradicionales y que incluyen la idea de que los sucesos estresantes y los trastornos y síntomas depresivos están relacionados bidireccionalmente, tales como el modelo transaccional del estrés (Hankin y Abramson, 2001) y el modelo de generación de estrés (Hammen, 1991). Ambos modelos intentan esclarecer la relación de los sucesos vitales estresantes en el desarrollo de la depresión en los adolescentes, además de dar una visión del papel que desempeñan las diferencias de género en la sintomatología depresiva. A continuación se discutirán los resultados obtenidos en esta investigación con respecto a cada uno de los objetivos propuestos.

6.1. LOS ACONTECIMIENTOS VITALES Y DIFERENCIAS DE GÉNERO

El primer objetivo de esta tesis consistía en evaluar la frecuencia y la gravedad de los acontecimientos vitales estresantes en los adolescentes y las diferencias de género en ambos aspectos. Se partía de la hipótesis de que las chicas adolescentes harán frente a un mayor número de sucesos estresantes, sobre todo, de naturaleza interpersonal en comparación con los chicos y éstos tendrán un mayor impacto en las chicas.

Los estudios evolutivos han mostrado que durante la adolescencia se produce un incremento de los acontecimientos vitales estresantes (Cohen et al., 1987; Ge et al., 1994; Larson y Ham, 1993; Mezulis et al., 2010; Pettit et al., 2010; Windle y Windle, 1996). En nuestra muestra, el número de sucesos vitales estresantes total experimentado por los adolescentes en el último año fue de unos 13 sobre un total de 24 situaciones estresantes en los dos tiempos del estudio. Otros estudios señalan que la prevalencia de los acontecimientos estresantes vividos por los adolescentes están entre los cinco y los ocho sucesos estresantes (Jiménez García et al., 2008; Lorence Lara et al., 2009; Sanz Rodríguez et al., 2009; Sund et al., 2003). Las mayores tasas obtenidas en este estudio podrían estar influidas por el tiempo de crisis en el que se realizó.

Los acontecimientos estresantes más puntuados por los adolescentes en los dos tiempos del estudio han sido *“no conseguir algo que quieres”*, *“discusiones o problemas con un amigo”* y *“problemas o discusiones con los padres, hermanos o familia”*, sucesos dependientes de naturaleza sobre todo interpersonal. En otros estudios con muestras adolescentes han encontrado que los sucesos más frecuentes están relacionados con el contexto escolar como el cambio de compañeros de clase, la repetición de curso, el cambio de

centro escolar, es decir, sucesos dependientes no interpersonales e independientes (Carter et al., 2006; Jiménez García et al., 2008; Jose y Huntsinger, 2005; Lorence Lara et al., 2009; Oliva et al., 2008) y los sucesos dependientes interpersonales que suceden en el ámbito familiar y con los amigos e iguales, coincidentes con los resultados de nuestro estudio (Bowker et al., 2000; Connor-Smith y Calvete, 2004; Jiménez García et al., 2008; Jose y Huntsinger, 2005; Lorence Lara et al., 2009; Oliva et al., 2008; Seiffge-Krenke et al, 2009; Wright et al., 2010).

Entre las situaciones que más estrés generaron en ambos tiempos fueron “*la muerte de un amigo o amiga*”, “*la muerte de un familiar*” y que “*los padres se separen*”. Estas situaciones también han sido valoradas como impactantes o que causan gran afectación en otros estudios (Connor-Smith y Calvete, 2004; Jiménez García et al., 2008; Lorence Lara et al., 2009; Oliva et al., 2008).

Las diversas investigaciones han señalado que los acontecimientos vitales estresantes son uno de los factores de riesgo importantes en el ajuste emocional de los adolescentes, en concreto de la sintomatología depresiva (Carter et al., 2006; Ferreira et al., 2012; Kim et al., 2003; Oliva et al., 2009; Pettit et al., 2010). El hecho de que los adolescentes de nuestra muestra tengan que hacer frente a un elevado número de sucesos estresantes negativos, junto con el impacto emocional que algunos de estos acontecimientos provocan, pueden incidir en las estrategias de afrontamiento, ya que el adolescente puede sentirse agobiado por la gran cantidad de sucesos a los que se enfrenta, que pueden exceder su capacidad para responder de un modo exitoso a la situación estresante.

El modelo de exposición al estrés postula que las chicas adolescentes experimentan un mayor número de estresores que los chicos y que, como consecuencia de ello, tendrán una mayor tendencia a experimentar trastornos y síntomas depresivos en comparación con los chicos, convirtiéndose por tanto en una de las razones que explicarían las diferencias de género en esta etapa evolutiva (Ge et al., 1994; Hankin, 2009; Mezulis et al., 2010; Shih et al., 2006). Este estudio ha encontrado que no existen diferencias de género en el número total de estresores experimentados por los chicos y chicas adolescentes en el Tiempo 1, pero en cambio, en el Tiempo 2 sí se encuentran diferencias de género, siendo los chicos quienes experimentan más sucesos estresantes. El que no se hayan encontrado de diferencias de género en el número total de estresores experimentados en el Tiempo 1 y que en el Tiempo 2 los chicos experimenten más sucesos estresantes discrepa con el postulado del modelo de

exposición al estrés y con la hipótesis planteada. Otros estudios realizados con muestras de adolescentes coinciden con nuestros resultados del Tiempo 1 al no hallar diferencias de género en el número total de sucesos experimentados (Abela y Hankin, 2011; Calvete, 2011b; Calvete et al., 2013; Jiménez García et al., 2008; Lorence Lara et al., 2009; Rudolph y Hammen, 1999; Sund et al., 2003).

En cambio, sí se han observado diferencias de género para la ocurrencia de algunos estresores sociales interpersonales en los dos tiempos del estudio. Así, las chicas adolescentes experimentan mayor número de acontecimientos estresantes que tienen relación con sus amigos e iguales y con su familia como *“discusiones o problemas con un amigo o amiga”, “tener pocos o ningún amigo/a”, “discusiones o peleas entre sus padres”, “que algo malo le ocurra a un amigo o amiga”, “problemas o discusiones con padres, hermanos/as o familia”,* mientras que los chicos experimentan estresores dependientes no interpersonales y personales como *“meterse en líos o ser expulsado de la escuela”, “problemas o discusiones con profesores/as o con el director del colegio”, “no tener tiempo suficiente para estar con tus amigos y familia” y “otros compañeros o compañeras se meten contigo”* e independientes como *“problemas de dinero”*. Estos resultados son coincidentes con estudios que han indicado diferencias de género siendo las chicas adolescentes quienes experimentan mayor número de sucesos estresantes relacionados con sus amigos e iguales, con sus relaciones románticas y con su familia, mientras que los chicos experimentan sucesos de logro y de rendimiento (Hankin, Mermelstein et al., 2007; Jiménez García et al., 2008; Larson y Ham, 1993; Mezulis et al., 2010; Rudolph y Hammen, 1999; Rudolph et al., 2000).

También se han constatado diferencias de género en el estrés percibido en los dos tiempos del estudio, siendo las chicas adolescentes quienes perciben como más estresantes muchas de las situaciones. Los sucesos percibidos como estresantes prácticamente coinciden en el Tiempo 1 y Tiempo 2. La mayor parte son sucesos de naturaleza interpersonal como *“sentirse presionado por amigos”, “discusiones o problemas con un amigo o amiga”, “muerte de un familiar”, “hospitalización de un familiar”, “estar rodeado de gente desagradable u ofensivos”, “meterse en líos o ser expulsado de la escuela”, “discusiones o peleas entre tus padres”, “discusiones o problemas con tu novio o novia”, “que algo malo lo ocurra a un amigo o amiga”, “no tener tiempo suficiente para estar con tus amigos y familia”, “problemas y discusiones con profesores/as o con el director del colegio”, “muerte de un amigo o amiga”, “tus padres se separan”, “ser castigado en casa”, “romper o ser*

rechazado por tu novio o novia”, *“otros compañeros o compañeros se meten contigo*”. Pero también señalan situaciones no interpersonales como *“no conseguir hacer algo que quieres*”, *“que tus padres descubran algo que tu no querías que supieran*”, *“ser castigado en casa*”. Un suceso percibido como estresante que solamente aparece en el Tiempo 2 es *“sacar malas notas*”, puede tener relación con el momento de la segunda aplicación de las medidas, que se produjo a los seis meses de iniciar el curso, en el que los resultados académicos tienen una gran importancia para los adolescentes, ya que puede significar la no promoción de curso escolar.

Estos resultados coinciden con otros estudios que han encontrado que para las chicas adolescentes los conflictos y peleas entre y con los padres y las discusiones y problemas con amigos y sus parejas tienen más impacto emocional o les afectan más que a los chicos (Calvete et al., 2011; Glasscock et al., 2013; Jiménez García et al., 2008; Lorence Lara et al., 2009). Otros estudios, por el contrario, no han encontrado diferencias significativas entre los chicos y chicas adolescentes en el impacto emocional de los sucesos estresantes (Gil-Rivas, Greenberger, Chen y Montero, 2003; Oliva et al., 2008).

Para concluir, esta investigación ha encontrado que no existen diferencias de género en el número total de sucesos estresantes experimentados por los chicos y chicas adolescentes, mostrando que tienen que hacer frente a problemas y circunstancias parecidas. En general, los estresores dependientes interpersonales han sido los que más estrés generaron.

Sí se han observado diferencias de género en los estresores sociales interpersonales, siendo las chicas adolescentes quienes más situaciones estresantes relacionadas con su familia y sus amigos e iguales han experimentado, así como la percepción subjetiva de mayor impacto emocional de dichos acontecimientos. Estos resultados en los estresores sociales interpersonales señalan la importancia que las relaciones interpersonales tienen para las chicas adolescentes (Hyde et al., 2008; Rose, 2002; Rose y Rudolph, 2006).

6.2. LOS ESTILOS DE AFRONTAMIENTO: DIFERENCIAS DE GÉNERO EN EL MODELO DE MEDIDA DEL RSQ

Como un paso previo para evaluar el rol de los estilos de afrontamiento se estudió si el modelo de medida del *Responses to Stress Questionnaire* (RSQ; Connor-Smith et al., 2000) era equivalente para chicos y chicas.

Los resultados valorando si el modelo de medida para el RSQ es invariante en chicos y chicas indican que es equivalente para ambos géneros con algunas excepciones. En concreto, las diferencias emergieron en el factor de regulación emocional. Por un lado, el ítem 26 (*Mantengo mis sentimientos bajo control cuando tengo que hacerlo y los expreso cuando no pueden empeorar las cosas*) sólo funcionó correctamente en el factor de regulación emocional en los chicos. Pudiera ser que este componente de controlar los propios sentimientos sea más característico de los chicos que de las chicas. Por otro lado, el factor de regulación emocional contribuyó en mayor medida al afrontamiento de control primario en las chicas que en los chicos, aunque en general se puede asumir la equivalencia de la estructura de segundo orden para los chicos y chicas.

Estos resultados coinciden con los hallados en otras investigaciones que indican que la estructura factorial del RSQ es invariante, es decir, es equivalente para los chicos y chicas adolescentes (Wadsworth y Compas, 2002; Wadsworth et al., 2004). Sin embargo, en el estudio de Connor-Smith y Calvete (2004) con muestras de estudiantes universitarios americanos y españoles señalan que la medida del afrontamiento de control primario y secundario del RSQ no se ajusta igualmente para los hombres y mujeres americanos y para los hombres y mujeres españolas. En cambio, la medida del afrontamiento de distanciamiento es equivalente para ambas muestras. Una limitación que subrayan las autoras del estudio es el menor número de hombres participantes en el estudio en comparación con las mujeres, de ahí la necesidad de muestras con mayor número de participantes con un número paritario de hombres y mujeres que permitan una exploración más profunda de las diferencias de género en el afrontamiento y las respuestas a las situaciones estresantes (Connor-Smith y Calvete, 2004). Precisamente, en el presente estudio se ha podido evaluar la equivalencia de la medida en muestras grandes de chicos y chicas adolescentes, contribuyendo así a la conclusión de que, aunque el modelo de medida es en general equivalente, existen algunas diferencias sutiles en lo referente a la regulación de las emociones.

Por otro lado, en cuanto a las diferencias en el uso de las diversas estrategias de afrontamiento, en las diversas investigaciones analizadas se constata que no existe un

consenso unánime en las estrategias de afrontamiento utilizadas por las chicas y chicos adolescentes cuando se enfrentan a situaciones estresantes.

En nuestro estudio, hemos encontrado diferencias moderadas en cuanto al género en la utilización del afrontamiento de control primario, en concreto en las estrategias de resolución de problemas y de expresión emocional. Las chicas adolescentes son las que más utilizan este estilo de afrontamiento en comparación con los chicos. Los diversos estudios que han utilizado el RSQ como instrumento de medida también apoyan esta asunción (Calvete et al., 2011; Connor-Smith et al., 2000; Pascual et al., 2012; Sontag y Graber, 2010). Además, con respecto a la estrategia de resolución de problemas los resultados obtenidos por los diversos estudios que han utilizado otros instrumentos de medida, unos coinciden con nuestros resultados siendo más utilizado por las chicas (Besevegis y Galanaki, 2010; De Boo y Spiering, 2010; Erdur-Baker, 2009; Eschenbeck et al., 2007; Hampel y Petermann, 2005; Hébert et al., 2007; Gelhaar et al., 2007). Sin embargo, otros no encuentran diferencias de género (Alumnram y Punamäki, 2008, De Boo y Wicherts, 2009; Estévez et al., 2012; Gelhaar et al., 2007; Howerton y Van Gundy, 2009) y otros indican que es más utilizado por los chicos (Seiffge-Krenke, 2011 meta análisis; Wang, 2013). Con respecto a la expresión emocional parece que los diferentes estudios muestran un mayor consenso en que es una estrategia más utilizada por las chicas (Besevegis y Galanaki, 2010; Pascual et al., 2012; Rose y Rudolph, 2006, Seiffge-Krenke, 2011 meta análisis). Para las chicas adolescentes la expresión de sus emociones es una manera de mantener y cuidar sus relaciones interpersonales con sus amigos e iguales (Rose y Rudolph, 2006).

No encontramos diferencias de género para el afrontamiento de control secundario y en concreto, para las estrategias de reestructuración cognitiva, pensamiento positivo y distracción. Estos resultados coinciden con los hallados en el estudio de Calvete et al. (2011). Otros estudios que han utilizado el RSQ como instrumento de medida del afrontamiento señalan que es más utilizado por las chicas (Connor-Smith et al., 2000; Sontag y Graber, 2010). En cambio, Pascual et al. (2012) indican que es más utilizado por los chicos y el estudio meta-análisis de Rose y Rudolph (2006) señala que aunque los chicos adolescentes utilizan más distracción y la diversión, las diferencias son débiles.

Con respecto al afrontamiento de distanciamiento, en nuestro estudio las chicas utilizan más este tipo de afrontamiento. Otras investigaciones también coinciden con nuestro resultado (Barker, 2007; Calvete et al., 2011; De Boo y Spiering, 2010; De Boo y Wicherts,

2009; Hampel y Petermann, 2005; Howerton y Van Gundy, 2009). Pero también hemos encontrado resultados diferentes. Mientras que unos estudios señalan que el distanciamiento es más utilizado por los chicos adolescentes (Bowker et al., 2000; Connor-Smith et al., 2000; Eschenbeck et al., 2007; Frydenberg et al., 2004; Gómez-Fraguela et al., 2006; Hébert et al., 2007; Seiffge-Krenke et al., 2009; Sontag y Graber, 2010; Vulic-Prtoric y Macuka, 2006), otros no encuentran diferencias en cuanto al género (Eaton y Bradley, 2008; Estévez et al., 2012; Haid et al., 2010; Pascual et al., 2012; Persike y Seiffge-Krenke, 2012; Seiffge-Krenke et al., 2010).

Por tanto, los resultados de nuestro estudio apoyan la asunción general de que las chicas adolescentes utilizan más la solución de problemas y la expresión emocional. Sin embargo, no coincidimos que sean los chicos adolescentes quienes más utilizan el afrontamiento de distanciamiento.

6.3. LOS ESTILOS DE AFRONTAMIENTO COMO PREDICTORES DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LA RELACIÓN ENTRE ESTILOS DE AFRONTAMIENTO Y DEPRESIÓN

Respecto a la relación entre los estilos de afrontamiento y los síntomas de depresión, los resultados mostraron que a nivel transversal en el Tiempo 1, los síntomas de depresión correlacionaron significativamente con mayor uso del afrontamiento de distanciamiento y menor uso del afrontamiento de control primario y secundario. Estos resultados coinciden con los hallazgos de estudios transversales previos con muestras de adolescentes que han utilizado el RSQ como instrumento de medida del afrontamiento, en los que por términos generales, el afrontamiento de control primario y secundario tienden a estar asociados con menos síntomas depresivos, mientras que el afrontamiento de distanciamiento está asociado a más síntomas depresivos (Connor-Smith et al., 2000; Jaser et al., 2011; Wadsworth y Compas, 2002; Wadsworth et al., 2005; Wadsworth et al., 2004). Sin embargo, también existen resultados diferentes. Por ejemplo, Compas y colaboradores (2006) no encuentran que el uso de las estrategias de afrontamiento de control primario disminuya los síntomas depresivos y Calvete y Connor-Smith (2006) incluso indican un incremento de los mismos.

Con respecto a otras categorías del afrontamiento como el centrado en el problema (estrategia incluida dentro del afrontamiento de control primario) los resultados han sido mixtos. Mientras que en algunos estudios transversales está asociado a menores síntomas depresivos en los adolescentes (Ben-Zur, 2009; Erdur-Baker, 2009; Jose y Huntsinger, 2005;

Li et al., 2006; Merlo y Lakey, 2007; Piquart y Silbereisen, 2008; Rafnsson et al., 2006; Walker et al., 1997), en otros, por ejemplo, con adolescentes deprimidos este estilo de afrontamiento está asociado a un incremento de los síntomas depresivos (Chan, 2012).

Parece que existe más consenso con el afrontamiento de control secundario (pensamiento positivo, reestructuración cognitiva, distracción y aceptación), ya que la utilización de este estilo de afrontamiento está asociada a menos síntomas depresivos en estudios transversales (Calvete y Connor-Smith, 2006; Compas et al., 2006; Fear et al., 2009; Jaser et al., 2005; Jaser et al., 2011; Jaser et al., 2008; Sontag y Graber, 2010; Wadsworth y Compas, 2002; Wadsworth et al., 2005; Wadsworth et al., 2004).

Los resultados transversales de nuestro estudio apoyan la hipótesis de que el afrontamiento de distanciamiento se asocia con los síntomas de depresión. Ello está en consonancia con los hallazgos obtenidos en otras investigaciones transversales que señalan que la utilización del afrontamiento de distanciamiento (evitación, negación, pensamiento de deseo) por parte de los adolescentes está asociado a más síntomas depresivos (Compas et al., 2006; Jaser et al., 2011; Sontag y Graber, 2010; Wadsworth y Compas, 2002; Wadsworth et al., 2005; Wadsworth et al., 2004).

Sin embargo, los análisis multivariantes longitudinales mostraron una perspectiva algo diferente. En concreto, los resultados de este estudio señalan que el afrontamiento de control primario y secundario no guardan una relación significativa con una disminución de los síntomas depresivos en el Tiempo 2. En cambio, el afrontamiento de distanciamiento si estaba asociado a un aumento de los síntomas depresivos a lo largo del tiempo.

Los diversos estudios longitudinales muestran unos resultados diferentes a los nuestros. Así, el estudio de Calvete y colaboradores (2011) señala que la utilización de las estrategias de afrontamiento de control primario está asociada a un incremento de los síntomas depresivos. Con respecto a la categoría del afrontamiento centrado en el problema (estrategia incluida dentro del afrontamiento de control primario) existen resultados que indican que no disminuye los síntomas depresivos (Estévez et al., 2012; Shelton y Harold, 2007) e incluso se relaciona con síntomas depresivos ante presiones académicas y dificultades interpersonales (Barker, 2007).

El afrontamiento de control secundario (pensamiento positivo, reestructuración cognitiva, distracción y aceptación) está asociado a menos síntomas depresivos en estudios

longitudinales (Calvete et al., 2011; Compas et al., 2010). Sin embargo, en nuestro estudio se ha encontrado que no existe una correlación significativa entre el uso de este tipo de afrontamiento y la disminución de los síntomas depresivos en el Tiempo 2, no apoyando la hipótesis planteada.

En consonancia con otras investigaciones longitudinales que señalan que la utilización del afrontamiento de distanciamiento por parte de los adolescentes está asociado a más síntomas depresivos (Calvete et al., 2011; Auerbach et al., 2010), nuestros resultados también indican que este tipo de afrontamiento predice los síntomas de depresión en el Tiempo 2.

Como resumen, nuestros resultados indican que sólo el afrontamiento de distanciamiento está asociado a un aumento de los síntomas depresivos a lo largo del tiempo.

En cuanto a las diferencias de género en la relación entre el afrontamiento y los síntomas depresivos, los resultados mostraron que el afrontamiento de control primario es adaptativo en las chicas, en el sentido de que predice una reducción de los síntomas depresivos a lo largo del tiempo. Es importante recordar que este tipo de afrontamiento incluye el uso del apoyo social y la expresión emocional, aspectos que pueden ser más beneficiosas en las chicas (Rose y Rudolph, 2006).

En cambio, en el caso de los chicos lo que resultó más adaptativo fue el uso del afrontamiento de control secundario y el menor uso de distanciamiento. Estas diferencias de género en las relaciones longitudinales entre los estilos de afrontamiento y los síntomas de depresión deberían interpretarse con cautela, ya que en cualquier caso representan efectos pequeños.

6.4. EL MODELO DE GENERACIÓN DE ESTRÉS: LOS ESTILOS DE AFRONTAMIENTO COMO PREDICTORES DE ACONTECIMIENTOS ESTRESANTES Y DIFERENCIAS DE GÉNERO

Los resultados de este estudio apoyan el modelo de generación de estrés en el que la sintomatología depresiva de los adolescentes en el Tiempo 1 predice un aumento del número de estresores y del estrés percibido en el Tiempo 2. Nuestros resultados coinciden con los de otros estudios confirmando que los adolescentes con síntomas depresivos incrementan la ocurrencia de sucesos dependientes interpersonales (Calvete, 2011b; Calvete et al., 2013; Calvete et al., 2015; Connolly et al., 2010; Conway et al., 2012; Hammen et al., 2011; Harkness y Stewart, 2009; Shapero, Hankin et al., 2013).

En cambio, no se ha encontrado apoyo para la hipótesis de que el afrontamiento de distanciamiento en el Tiempo 1 prediga un aumento de estresores ni del estrés percibido en el Tiempo 2, salvo en el caso de las chicas en las que el afrontamiento de distanciamiento aumenta la percepción de estrés. Es más, el uso de los estilos de afrontamiento de control primario y de control secundario no tienen relación con una reducción o un aumento de los sucesos estresantes ni del estrés percibido en el Tiempo 2 en este estudio. No se ha encontrado ninguna relación significativa entre estas variables.

Son pocos los estudios que han estudiado las estrategias de afrontamiento dentro del modelo de generación de estrés. En los escasos estudios previos, el afrontamiento evitativo, que es un estilo de afrontamiento de distanciamiento, se asoció con la generación de estresores vitales y medió en la relación entre los síntomas depresivos iniciales y los estresores y síntomas depresivos posteriores (Barker, 2007; Flynn y Rudolph, 2011).

Con respecto a las estrategias de afrontamiento de control primario y de control secundario, los estudios han señalado que una menor utilización de estrategias de implicación (como por ejemplo, la solución de problemas) predice la generación de estresores posteriores (Davila et al., 1995; Flynn y Rudolph, 2011). Sin embargo, Baker (2007) no apoya el modelo de generación de estrés para el afrontamiento centrado en el problema y el centrado en la emoción, ya que no estaban relacionados con la generación de estresores posteriores.

Por tanto, son muy pocos los estudios encontrados que analicen el papel del afrontamiento en la generación de estrés, siendo necesario una mayor profundización en la relación entre el afrontamiento y la generación de estrés, intentado determinar el efecto de las estrategias de afrontamiento en la generación de sucesos estresantes y síntomas depresivos. Nuestros resultados no apoyan los resultados obtenidos por otros estudios.

En general, se han realizado más estudios sobre el papel de algunas respuestas involuntarias de implicación al estrés, como la rumiación y la co-rumiación, en la generación de estrés. Se ha obtenido que la utilización de la rumiación por parte de los adolescentes les crea conflictos en sus relaciones interpersonales generando, por tanto, estrés interpersonal (Calvete et al., 2015; McLaughlin y Nolen-Hoeksema, 2012; Shapero, Hamilton et al., 2013).

En cuanto a las diferencias de género en el modelo de generación de estrés, hemos valorado si el género modera el modelo de generación de estrés, suponiendo que las chicas adolescentes generarán más estresores en comparación con los chicos del estudio. En el modelo de generación de estrés se han considerado las diferencias de género para tratar de explicar las tasas más altas de depresión y de síntomas depresivos en las mujeres en comparación con los hombres, con la hipótesis de que las mujeres contribuyen a la generación de estresores que les ponen en riesgo de una depresión futura.

Los resultados hallados hasta la fecha en las diferentes investigaciones considerando el género en la generación de estrés han sido mixtos. Algunos estudios con muestras de niños y adolescentes apoyan las diferencias de género considerando que es más específica del género femenino, siendo las chicas adolescentes con síntomas depresivos quienes generan más sucesos dependientes interpersonales en comparación con los chicos (Calvete et al., 2013; Mezulis et al., 2010; Rudolph et al., 2009; Shapero, Hankin et al., 2013; Shih et al., 2006).

Nuestro estudio, sin embargo, no apoya la hipótesis de las diferencias de género, ya que hemos encontrado que los síntomas depresivos predicen los sucesos estresantes y el estrés percibido de igual manera para los chicos y chicas adolescentes. Otras investigaciones con niños y adolescentes coinciden con nuestros resultados, ya que tampoco han encontrado diferencias de género significativas en la generación de estrés (Calvete, Orue et al., 2015; Flynn y Rudolph, 2011; Rudolph, 2008).

Como hemos reflejado en el capítulo referente a la generación de estrés, las investigaciones con muestras de adultos también han encontrado resultados mixtos con respecto a las diferencias de género en este modelo. Así, mientras que unos estudios confirman las diferencias de género, señalando que las mujeres contribuyen en mayor medida que los hombres a la generación de estresores dependientes interpersonales que les ponen en riesgo de una depresión futura (Barker, 2007; Bouchard y Shih, 2013; Shih y Auerbach, 2010). Otros estudios no han encontrado diferencias de género en la ocurrencia de estresores dependientes interpersonales (Safford et al., 2007; Shih y Eberhart, 2010).

Con respecto de si existen diferencias de género en los estilos de afrontamiento para la generación de estrés, en nuestro estudio tan solo se ha encontrado que el afrontamiento de distanciamiento en el Tiempo 1 predice el estrés percibido en el Tiempo 2 en las chicas

adolescentes pero no en los chicos. Con respecto a los estilos de afrontamiento de control primario y secundario no se han encontrado diferencias de género.

6.5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Presentamos algunas limitaciones encontradas en la realización de este estudio que son interesantes tener en cuenta para la interpretación de los datos y para el diseño de estudios futuros.

Una de las principales limitaciones del estudio es la utilización exclusiva de las medidas de auto-informe. Estas suponen una forma adecuada, accesible y asequible de recoger información sobre las variables estudiadas y facilitan la aplicación de los diferentes cuestionarios a una amplia muestra de participantes de un modo relativamente rápido en el tiempo. Aún así, existen una serie de inconvenientes que no se pueden obviar.

Por un lado, al pedir a los participantes la valoración de los acontecimientos estresantes en los últimos 6 meses puede presentarse una falta de fiabilidad o distorsión en el recuerdo debido al tiempo transcurrido, ya que los propios adolescentes pueden haber infravalorado o aumentado sus pensamientos, conductas o emociones. Además, las personas con un estilo cognitivo negativo, por ejemplo, tienden a valorar con mayor severidad los acontecimientos estresantes suponiendo un sesgo relevante para la generación de estrés (Liu, 2013).

Con respecto al cuestionario utilizado para valorar los sucesos vitales ocurridos a los adolescentes, el *Adolescent Perceived Events Scale* (APES; Compas et al., 1987), se recoge solamente la información cuantitativa sobre el número de estresores experimentados por los chicos y chicas y su valoración subjetiva, no teniendo en cuenta que algunos de los acontecimientos valorados pueden ser más severos que otros (e.g., “*No conseguir hacer algo que quieres*” en comparación a “*Muerte de un familiar*”). Para solventar este hecho, sería conveniente la utilización de entrevistas semiestructuradas donde se valoren la severidad y otras características importantes de los sucesos de forma objetiva (Dohrenwend, 2006), tal y como se está realizando en recientes investigaciones (Connolly et al., 2010; Conway et al., 2012; Harkness et al., 2010).

El estudio está realizado con una amplia muestra de adolescentes de diversos colegios de Bizkaia constituyendo un grupo bastante homogéneo, lo cual podría dificultar la generalización de los resultados a otras poblaciones como adolescentes que presenten trastornos psicológicos graves o pertenezcan a diferentes culturas.

Aunque el estudio es longitudinal, una limitación es la utilización de sólo dos tiempos en un intervalo de seis meses de diferencia. Sería beneficioso incluir más tiempos de medición de las variables que podrían explicar mejor el proceso transaccional entre los estresores, la depresión y el afrontamiento. De hecho, existen investigaciones que han utilizado diseños longitudinales con varios tiempos de medición para valorar las relaciones recíprocas y mediaciones entre las variables (Hankin, 2008 a, 2008 b; 2009).

A pesar de las limitaciones señaladas, este estudio es uno de los pocos estudios que ha valorado con una metodología longitudinal el papel de afrontamiento en el modelo de generación de estrés en una muestra de adolescentes. Se ha evaluado si la sintomatología depresiva y la utilización de las diferentes respuestas de afrontamiento generan estrés posterior, tal como expone dicho modelo.

6.6. LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

Dado los resultados obtenidos en este estudio se pueden plantear diversas líneas de investigación.

En primer lugar, sería interesante investigación adicional que aclare el papel del afrontamiento en la generación de estrés, ya que existen muy pocos estudios que valoren el afrontamiento como predictor del estrés en muestras de adolescentes y adultos. Estos estudios podrían incluir métodos diferentes para evaluar los estresores, como se ha mencionado anteriormente, tales como entrevistas individualizadas a adolescentes y progenitores. También sería recomendable añadir más intervalos de tiempo con el objetivo de evaluar mecanismos mediadores entre las variables. Asimismo, sería deseable medir el afrontamiento en todos los tiempos con el fin de determinar como los estresores y los síntomas de depresión influyen a su vez en las estrategias de afrontamiento empleadas por los adolescentes.

Una consideración a tener en cuenta cuando se utilizan muestras de niños y adolescentes es que las características cognitivas y de respuesta no son estables, sino que

están en proceso de evolución, afianzamiento y consolidación, por lo que sería beneficioso la utilización de diseños longitudinales de mayor duración para evaluar si estas características cognitivas y conductuales cambian conforme las personas van creciendo como predictores de la generación de estrés (Liu, 2013).

Dada la investigación sobre los diferentes factores y la interacción entre ellos revisados en el modelo transaccional de vulnerabilidad-estrés y en el modelo de generación de estrés para intentar explicar el trastorno y sintomatología depresiva en las diferentes etapas evolutivas sería necesario continuar con su profundización, ya que se ha constatado que las diversas variables interactúan y contribuyen al desarrollo de dicho trastorno, siendo conveniente la integración de los hallazgos en modelos multifactoriales.

6.7. IMPLICACIONES CLÍNICAS PARA LA PREVENCIÓN Y LA INTERVENCIÓN EN DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA

En los capítulos introductorios de este estudio se han expuesto dos modelos que han intentado explicar los factores que inciden en el trastorno y sintomatología depresiva en los adolescentes, como son el modelo transaccional de vulnerabilidad-estrés (Hankin y Abramson, 2001) y el modelo de generación de estrés (Hammen, 1991). Los datos epidemiológicos sobre el trastorno depresivo muestran que es una de las enfermedades mentales más prevalentes en el mundo occidental. El primer episodio suele experimentarse en la adolescencia, en concreto entre los 15 y los 18 años (Hankin et al., 1998) y puede tener recurrencias a lo largo de la vida. Las investigaciones han valorado los diferentes factores de riesgo y vulnerabilidades cognitivas implicadas en el desarrollo del trastorno y sintomatología depresiva en la población adolescente.

El hecho de que en adolescencia se produzcan los primeros episodios depresivos constituye una razón importante para ahondar en la investigación en esta etapa evolutiva, además de que se pueden promover intervenciones psicológicas que ayuden a los adolescentes y a sus familias a hacer frente a este trastorno.

Interesa destacar la importancia de desarrollar una prevención temprana a través de programas cognitivos encaminados a fomentar en los adolescentes habilidades para minimizar el impacto de los sucesos estresantes, mediante la utilización de estrategias adecuadas de

afrontamiento y proporcionar herramientas cognitivas, que eviten un deterioro de las vulnerabilidades cognitivas que puedan suponer un riesgo para el desarrollo del trastorno y sintomatología depresiva. Por tanto, se trata de tener en cuenta las relaciones dinámicas y recíprocas entre el estrés y la depresión. Existen estudios que han llevado a cabo este tipo de intervenciones con éxito (Compas et al., 2010; Horowitz, Garber, Ciesla, Young y Mufson, 2007).

Los resultados de este estudio muestran que algunos estilos de afrontamiento son disfuncionales mientras que otros son más adaptativos, por lo que los programas de intervención deberían entrenar a los adolescentes en aquellos estilos de afrontamiento que puedan ayudarles a adaptarse exitosamente al estrés.

La intervención deberá también educar a los adolescentes sobre el fenómeno de generación de estrés. Comprender que los propios síntomas de depresión pueden contribuir a generar nuevos estresores y a percibirlos como más severos puede ayudar a su prevención.

6.8. CONCLUSIONES FINALES

Desde los modelos de estrés, la investigación sobre asociación entre el estrés y los síntomas depresivos en adolescentes y adultos ha generado un amplio cuerpo de estudios. De hecho, los acontecimientos vitales estresantes son considerados como un factor de riesgo que contribuyen al desarrollo del trastorno y sintomatología depresiva (Grant et al., 2004). Así, el modelo de exposición al estrés sostiene que la experiencia del estrés promueve el desarrollo de los síntomas depresivos (Ge et al., 2001). En contraposición, el modelo de generación de estrés (Hammen, 1991, 2005, 2006) señala que las personas con trastorno y sintomatología depresiva generan sucesos vitales estresantes. Y el modelo transaccional de vulnerabilidad-estrés (Hankin y Abramson, 2001) ha puesto un especial énfasis en investigar el papel que desempeñan los acontecimientos vitales estresantes y las vulnerabilidades cognitivas en la etiología y desarrollo de la depresión, haciendo hincapié en la relación bidireccional y recíproca entre el estrés y la depresión. Ello ha dado lugar a una visión más amplia del trastorno y sintomatología depresiva en adolescentes y adultos, así como la identificación de los factores implicados en la etiología y mantenimiento de la depresión.

Las investigaciones indican que la depresión es un trastorno de especial significación en la adolescencia, ya que la incidencia de este trastorno durante esta etapa evolutiva aumenta

drásticamente (Hankin et al., 1998). Esto conlleva un riesgo para el fracaso escolar y problemas académicos, dificultades en las relaciones interpersonales y recurrencia del trastorno depresivo en etapas posteriores.

Dado que en la adolescencia se produce un incremento en la frecuencia de los sucesos vitales estresantes, este estudio ha revisado las diferentes investigaciones realizadas sobre el estrés y su afrontamiento y su asociación con la depresión en la adolescencia desde el modelo transaccional de vulnerabilidad-estrés y el modelo de generación de estrés.

Los resultados obtenidos han puesto de manifiesto que:

1. Las diferentes investigaciones han subrayado que durante la adolescencia se produce un incremento de los acontecimientos vitales estresantes. Los adolescentes de nuestro estudio han experimentado un total de 13 acontecimientos durante el año anterior y no se han encontrado diferencias de género en cuanto al número total de estresores experimentados por los chicos y chicas adolescentes en el Tiempo 1. En cambio, sí se han encontrado en el Tiempo 2, siendo los chicos quienes han experimentado más sucesos estresantes. Estos resultados discrepan con la hipótesis planteada, de que las chicas adolescentes experimentan mayor número de estresores que los chicos y como consecuencia de ello tendrán una mayor tendencia a experimentar trastornos y síntomas depresivos.
2. Los acontecimientos más frecuentes vividos han sido los sucesos dependientes interpersonales y no interpersonales. Sin embargo, los acontecimientos que más estrés han generado han sido la muerte de un amigo o amiga, la muerte de un familiar o que los padres se separen.
3. Se han observado diferencias de género en los estresores sociales interpersonales y en el estrés percibido, siendo las chicas adolescentes quienes han experimentado mayor número de sucesos estresantes relacionados con sus amigos e iguales y con su familia y estos sucesos tienen mayor impacto emocional en ellas. Los chicos experimentan más estresores dependientes no interpersonales y personales.

4. Los resultados indican que el modelo de medida para el *Responses to Stress Questionnaire* (RSQ; Connor-Smith et al., 2000) es equivalente para los chicos y chicas adolescentes, aunque se han encontrado pequeñas diferencias sutiles en la regulación de las emociones. El factor de regulación emocional sólo funcionó correctamente en los chicos. Además, el factor de regulación emocional contribuyó en mayor medida al afrontamiento de control primario en las chicas que en los chicos. A pesar de ello, en general, se puede asumir la equivalencia de la estructura de segundo orden para los chicos y chicas adolescentes.
5. Hemos encontrado diferencias moderadas en cuanto al género en la utilización de las estrategias de afrontamiento. Las chicas adolescentes son quienes utilizan más el afrontamiento de control primario y el distanciamiento. Las chicas adolescentes destacan, en concreto, por utilizar las estrategias de resolución de problemas y de expresión emocional (incluidas en el afrontamiento de control primario). En cambio, no hemos encontrado diferencias de género en el afrontamiento de control secundario, en las estrategias de reestructuración cognitiva, pensamiento positivo y distracción.
6. Respecto a la relación entre los estilos de afrontamiento y los síntomas de depresión, los resultados muestran que a nivel transversal los síntomas de depresión correlacionan significativamente con un mayor uso del afrontamiento de distanciamiento y un menor uso del afrontamiento de control primario y secundario. Estos resultados coinciden con la mayoría de los estudios que señalan que, en general, el afrontamiento de control primario y secundario tienden a estar asociados con menores síntomas depresivos, mientras que el afrontamiento de distanciamiento está asociado a más síntomas depresivos.
7. Sin embargo, a nivel longitudinal los estilos de afrontamiento de control primario y secundario no guardan una relación significativa con una disminución de los síntomas depresivos con el paso del tiempo. En cambio, el afrontamiento de distanciamiento sí está asociado a un aumento de los síntomas depresivos a lo largo del tiempo.
8. Además, el poder predictivo de los estilos de afrontamiento con respecto a los síntomas depresivos es diferente según el género. En las chicas, el uso del

afrontamiento de control primario predice una reducción de los síntomas depresivos, mientras que en los chicos el afrontamiento de control secundario junto con un menor uso del distanciamiento predice una reducción de los síntomas de depresión. Por tanto, el afrontamiento de control primario es adaptativo en las chicas y en cambio, para los chicos es el afrontamiento de control secundario y un menor uso de estrategias de distanciamiento.

9. Hemos encontrado apoyo al modelo de generación de estrés en el que la sintomatología depresiva de los adolescentes en el Tiempo 1 predice un aumento del número de estresores y del estrés percibido en el Tiempo 2. Resultados que coinciden con la investigación previa que señalan que los adolescentes con síntomas depresivos incrementan la ocurrencia de nuevos estresores y la percepción del estrés a lo largo del tiempo.
10. Sin embargo, no hemos encontrado apoyo para la hipótesis de que el afrontamiento de distanciamiento en el Tiempo 1 prediga un aumento de los estresores ni del estrés percibido en el Tiempo 2, salvo en el caso de las chicas en las que el afrontamiento de distanciamiento predijo un aumento en la percepción de estrés. En conclusión, hemos encontrado muy limitado el papel del afrontamiento como generador de nuevos estresores y sólo se da en el caso de las chicas.
11. Nuestro estudio no apoya la hipótesis de las diferencias de género en el modelo de generación que considera que las mujeres y chicas adolescentes con síntomas depresivos generan más sucesos estresantes dependientes interpersonales. Nuestros resultados indican que los síntomas depresivos predicen nuevos sucesos estresantes y el estrés percibido de igual manera para los chicos y chicas adolescentes.

REFERENCIAS

- Abela, J.R.Z. (2002). Depressive mood reactions to failure in the achievement domain: A test of the integration of the hopelessness and self-esteem theories of depression. *Cognitive Therapy and Research*, 26(4), 531-552.
- Abela, J.R.Z., Fishman, M.B., Cohen, J.R. y Young, J.F. (2012). Personality predispositions to depression in children of affectively-ill parents: The buffering role of self-esteem. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 41(4), 391-401. doi: 10.1080/15374416.2012.654463.
- Abela, J.R.Z., Gagnon, H. y Auerbach, R.P. (2007). Hopelessness depression in children: An examination of the symptom component of the hopelessness theory. *Cognitive Therapy and Research* 31, 401-417. doi: 10.1007/s10608-007-9144-z.
- Abela, J.R.Z. y Hankin, B. L. (2008). Cognitive vulnerability to depression in children and adolescents: A developmental psychopathology perspective. En J.R.Z. Abela y B.L. Hankin (Eds.), *Handbook of Depression in Children and Adolescents* (pp.35-78). New York: Guilford Press.
- Abela, J.R.Z. y Hankin, B. L. (2009). Cognitive vulnerability to depression in adolescents: A developmental psychopathology perspective. En S. Nolen-Hoeksema y L.M. Hilt (Eds.), *Handbook of Depression in Adolescents* (pp. 335-376). New York: Routledge Taylor & Francis Group.
- Abela, J.R.Z. y Hankin, B. L. (2011). Rumination as a vulnerability factor to depression during the transition from early to middle adolescence: A multiwave longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 120(2), 259-271. doi: 10.1037/a0022796.
- Abela, J.R.Z., Hankin, B.L., Haigh, E.A.P., Adams, P., Vinokuroff, T. y Trayhern, L. (2005). Interpersonal vulnerability to depression in high-risk children: The role of insecure attachment and reassurance seeking. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(1), 182-192. doi: 10.1207/s15374424jccp3401_17.
- Abela, J.R.Z., Hankin, B.L., Sheshko, D.M., Fishman, M.B. y Stolow, D. (2012). Multi-wave prospective examination of the stress reactivity extension of response styles theory of depression in high-risk children and early adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40, 277-287. doi: 10.1007/s10802-011-9563-x.
- Abela, J.R.Z. y McGirr, A. (2007). Operationalizing cognitive vulnerability and stress from the perspective of the hopelessness theory: A multi-wave longitudinal study of children

- of affectively ill parents. *British Journal of Clinical Psychology*, 46, 377-395. doi: 10.1348/014466507X192023.
- Abela, J.R.Z., Morrison, E. y Starrs, C. (2007). Excessive reassurance seeking, self-esteem, and depressive symptoms in children of affectively ill parents: An experience sampling analysis. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26(7), 849-869.
- Abela, J.R.Z., Parkinson, C., Stolow, D. y Starrs, C. (2009). A test of the integration of the hopelessness and response styles theories of depression in middle adolescence. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 38(3), 354-364. doi: 10.1080/15374410902851630.
- Abela, J.R.Z. y Sarin, S. (2002). Cognitive vulnerability to hopelessness depression: A chain is only as strong as its weakest link. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 811-829.
- Abela, J.R.Z. y Skitch, S.A. (2007). Dysfunctional attitudes, self-esteem, and hassles: Cognitive vulnerability to depression in children of affectively ill parents. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1127-1140. doi: 10.1016/j.brat.2006.09.011.
- Abela, J.R.Z., Skitch, S.A., Adams, P. y Hankin, B.L. (2006). The timing of parent and child depression: A hopelessness theory perspective. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35(2), 253-263. doi: 10.1207/s15374424jccp3502_9.
- Abela, J.R.Z., Stolow, D., Mineka, S., Yao, S., Zhu, X.Z. y Hankin, B.L. (2011). Cognitive vulnerability to depressive symptoms in adolescents in urban and rural Hunan, China: A multiwave longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 120(4), 765-778. doi: 10.1037/a0025295.
- Abela, J.R.Z. y Taylor, G. (2003). Specific vulnerability to depressive mood reactions in schoolchildren: The moderating role of self-esteem. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32, 408-418.
- Abela, J.R.Z., Vanderbilt, E. y Rochon, A. (2004). A test of the integration of the response styles and social support theories of depression in third and seventh grade children. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(5), 653-674.
- Abela, J.R.Z., Zinck, S., Kryger, S., Zilber, I. y Hankin, B.L. (2009). Contagious depression: Negative attachment cognitions as a moderator of the temporal association between parental depression and child depression. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 38(1), 16-26. doi: 10.1080/15374410802575305.

- Abela, J.R.Z., Zuroff, D.C., Ho, M-H.R., Adams, P. y Hankin, B.L. (2006). Excessive reassurance seeking, hassles, and depressive symptoms in children of affectively ill parents: A multiwave longitudinal study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34(2), 171–187. doi: 10.1007/s10802-005-9011-x.
- Abramson, L.Y., Metalsky, G.L. y Alloy, L.B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372. doi: 10.1037/0033-295X.96.2.358.
- Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P. y Teasdale, J.D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74. doi: 10.1037/0021-843X.87.1.49.
- Achenbach, T.M., Dumenci, L. y Rescorla, L.A. (2000). Ratings of relations between DMS-IV diagnostic categories and items of the CBCL/6-18, TRF, and YSR. Burlington, VT: University of Vermont. Research Center for Children, Youth, and Families. www.aseba.org.
- Achenbach, T.M. y Rescorla, L.A. (2001). Manual for ASEBA school-age forms and profiles. Burlington, VT: University of Vermont. Research Center for Children, Youth, and Families.
- Adams, P., Abela, J.R.Z., Auerbach, R. y Skitch, S. (2009). Self-criticism, dependency, and stress reactivity: An experience sampling approach to testing Blatt and Zuroff's (1992) theory of personality predispositions to depression in high-risk youth. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 35, 1440-1451. doi: 10.1177/0146167209343811.
- Adams, P., Abela, J.R.Z. y Hankin, B.L. (2007). Factorial categorization of depression-related constructs in early adolescents. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 21 (2), 123-139.
- Adrian, C. y Hammen, C. (1993). Stress exposure and stress generation in children of depressed mothers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 354-359.
- Aláez Fernández, M., Martínez-Arias, R. y Rodríguez-Sutil, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema*, 12, 525-432.
- Aldwin, C.M. (1994). *Stress, coping and development. An integrative perspective*. New York: The Guilford Press.

- 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.
- Aldwin, C.M., Sutton, K.J. y Lachman, M. (1996). The development of coping resources in adulthood. *Journal of Personality*, 64, 837-871.
- Alloy, L.B., Abramson, L.Y., Smith, J.M., Gibb, B.E. y Neeren, A.M. (2006a). Role of parenting and maltreatment histories in unipolar and bipolar mood disorders: Mediation by cognitive vulnerability to depression. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 9 (1), 23-64. doi: 10.1007/s10567-006-0002-4.
- Alloy, L.B., Abramson, L.Y., Whitehouse, W.G., Hogan, M.E., Panzarella, C. y Rose, D.T. (2006b). Prospective incidence of first onsets and recurrences of depression in individuals at high and low risk for depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(1), 145-156. doi: 10.1037/0021-843X.115.1.145.
- Alloy, L.B., Black, S.K., Young, M.E., Goldstein, K.E., Shapero, B.G., Stange, J.P., Boccia, A.S., Matt, L.M., Boland, E.M., Moore, L.C. y Abramson, L.Y. (2012). Cognitive vulnerabilities and depression versus other psychopathology symptoms and diagnoses in early adolescence. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 41(5), 539-560. doi: 10.1080/15374416.2012.703123.
- Alonso, J., Angermeyer, M.C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T.S., Bryson, H., de Girolamo, G., de Graaf, R. et al. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 21-27.
- Alumran, J.I.A. y Punamäki, R-L. (2008). Relationship between gender, age, academic achievement, emotional intelligence, and coping styles in Bahraini Adolescents. *Individual Differences Research*, 6 (2), 104-119.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales D.S.M.-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th Ed. DSM-V*. Washington: American Psychiatric Publishing.

- Angold, A., Erkanli, A., Silberg, J., Eaves, L. y Costello, E.J. (2002). Depression scales scores in 8-17 years-olds: Effects of age and gender. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(8), 1052-1063. doi: 10.1111/1469-7610.00232.
- Araya, R., Montero-Marin, J., Barroilhet, S., Fritsch, R. y Montgomery, A. (2013). Detecting depression among adolescents in Santiago, Chile: sex differences. *BMC Psychiatry*, 13:122. doi:10.1186/1471-244X-13-122.
- Aspinwall, L.G. y Taylor, S.E. (1992). Modeling 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.
- Auerbach, R.P., Abela, J.R.Z., Zhu, X. y Yao, S. (2010). Understanding the role of coping in the development of depressive symptoms: Symptom specificity, gender differences, and cross-cultural applicability. *British Journal of Clinical Psychology*, 49, 547-561. doi: 10.1348/014466509X479681.
- Auerbach, R.P., Admon, R. y Pizzagalli, D.A. (2014). Adolescent depression: Stress and reward dysfunction. *Harvard Review of Psychiatry*, 22(3), 139-148. doi: 10.1097/HRP.0000000000000034.
- Aune, T. y Stiles, T.C. (2009). The effects of depression and stressful life events on the development and maintenance of syndromal social anxiety: Sex and age differences. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 38(4), 501-512. doi: 10.1080/15374410902976304.
- Avenevoli, S., Knight, E., Kessler, R.C. y Merikangas, K.R. (2008). Epidemiology of depression in children and adolescents. In J.R.Z. Abela y B.L. Hankin (Eds.), *Handbook of depression in children and adolescents* (pp. 6-32). New York, N.Y: Guildford Press.
- 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. doi:10.1111/j.1467-6494.1996.tb00949.x.
- Ayuso-Mateos, J.L., Vazquez-Barquero, J.L., Dowrick, C., Lehtinen, V., Dalgard, O.S., Casey, P., Wilkinson, C., Lasa, L., Page, H., Dunn, G. y Wilkinson, G. (2001). Depressive disorders in Europe: Prevalence figures from the ODIN study. *British Journal of Psychiatry*, 179, 308-316. doi: 10.1192/bjp.179.4.308.

- Bailey, M.K, Zauszniewski, J.A, Heinzer, M.M. y Hemstrom-Krainess, M. (2007). Patterns of depressive symptoms in children. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 20(2), 86-95.
- 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.
- Barakat, L.P., Schwartz, L.A., Simon, K. y Radcliffe, K. (2007). Negative thinking as a coping strategy mediator of pain and internalizing symptoms in adolescents with sickle cell disease. *Journal of Behavioral Medicine*, 30, 199-208. doi: 10.1007/s10865-007-9103-x
- Barker, D.B. (2007). Antecedents of stressful experiences: Depressive symptoms, self-esteem, gender, and coping. *International Journal of Stress Management*, 14(4), 333-349. doi: 10.1037/1072-5245.14.4.333.
- Barrocas, A.L. y Hankin, B.L. (2011). Developmental pathways to depressive symptoms in adolescence: A multi-wave prospective study of negative emotionality, stressors, and anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(4), 489-500. doi:10.1007/s10802-010-9482-2.
- Baxter, A.J., Patton, G., Scotts, K.M., Degenhardt, L. y Whiteford, H.A. (2013). Global epidemiology of mental disorders: What are we missing? *PLOS ONE*, 8(6), e65514, 1-9. doi:10.1371/journal.pone.0065514.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive Therapy and the emotional disorders*. Madison, WI: International University Press.
- Beck, A.T. (1983). *Cognitive Therapy of depression*. New York: Guilford.
- Beck, A.T. (1991). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Beesdo-Baum, K., Höfler, M., Gloster, A.T., Klotsche, J., Lieb, R., Beauducel, A., Bühner, M., Kessler, R.C. y Wittchen, H-U. (2009). The structure of common mental disorders: A replication study in a community sample of adolescents and young adults. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 18(4), 204-220. doi: 10.1002/mpr.293.
- Ben-Zur, H. (2009). Coping styles and affect. *International Journal of Stress Management*, 16(2), 87-101. doi: 10.1037/a0015731.

- Besevegis, E. y Galanaki, E.P. (2010). Coping with loneliness in childhood. *European Journal of Developmental Psychology*, 7(6), 653-673. doi: 10.1080/17405620903113306
- Blankstein, K.R. y Flett, G.L. (1992). Specificity in the assessment of daily hassles: Hassles, locus of control and adjustment in college students. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 24(3), 382-398.
- Blatt, S.J. y Zuroff, D.C. (1992). Interpersonal relatedness and self-definition: Two prototypes for depression. *Clinical Psychology Review*, 12, 527-562. doi: 10.1016/0272-7358(92)90070-O.
- Bottonari, K.A., Roberts, J.E., Kelly, M.A.R., Kashdan, T.B. y Ciesla, J.A. (2007). A prospective investigation of the impact of attachment style on stress generation among clinically depressed individuals. *Behaviour Research and Therapy* 45, 179–188. doi:10.1016/j.brat.2006.01.003.
- Bouchard, L.C. y Shih, J.H. (2013). Gender differences in stress generation: Examination of interpersonal predictors. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 32(4), 424-445.
- Bowker, A., Bukowski, W.M., Hymel, S. y Sippola, L.K. (2000). Coping with daily hassles in the peer group during early adolescence: Variations as a function of peer experience. *Journal of Research on Adolescence*, 10, 211-243.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol 3. Loss: Sadness and depression*. New York: Basic Books.
- Boylan, K., Vaillancourt, T., Boyle, M. y Szatmari, P. (2007). Comorbidity of internalizing disorders in children with oppositional defiant disorder. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 16, 484-494. doi: 10.1007/s00787-007-0624-1.
- Brady, S.S., Dolcini, M.M., Harper, G.W. y Pollack, L.M. (2009). Supportive friendships moderate the association between stressful life events and sexual risk taking among African American adolescents. *Health Psychology*, 28(2), 238-248. doi: 10.1037/a0013240.
- Brendgen, M., Lamarche, V., Wanner, B. y Vitaro, F. (2010). Links between friendship relations and early adolescents' trajectories of depressed mood. *Developmental Psychology*, 46(2), 491-501. doi: 10.1037/a0017413.

- Brendgen, M., Wanner, B., Morin, A.J.S. y Vitaro, F. (2005). Relations with parents and with peers, temperament, and trajectories of depressed mood during early adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33(5), 579-594. doi: 10.1007/s10802-005-6739-2.
- Brown, J.S., Meadows, S.O. y Elder Jr., G.H. (2007). Race-ethnic inequality and psychological distress: Depressive symptoms from adolescence to young adulthood. *Developmental Psychology*, 43(6), 1295-1311. doi: 10.1037/0012-1649.43.6.1295.
- Brown, T.A. y Rosellini, A.J. (2011). The direct and interactive effects of neuroticism and life stress on the severity and longitudinal course of depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 120(4), 844–856. doi:10.1037/a0023035.
- Brozina, K. y Abela, J. (2006). Symptoms of depression and anxiety in children: Specificity of the hopelessness theory. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 35, 515-527. doi: 10.1207/s15374424jccp3504_3.
- Burke, J. y Loeber, R. (2010). Oppositional defiant disorder and the explanation of the comorbidity between behavioral disorders and depression. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 17(4), 319 – 326.
- Burstein, M., Ginsburg, G.S., Petras, H. y Ialongo, N. (2010). Parent psychopathology and youth internalizing symptoms in an urban community: A latent growth model analysis. *Child Psychiatry and Human Development*, 41, 61-87. doi: 10.1007/s10578-009-0152-y.
- Burton, E., Stice, E. y Seely, J.R. (2004). A prospective test of stress-buffering model of depression in adolescent girls: No support once again. *Journal of Consulting and Clinical Psychological*, 72, 689-697. doi: 10.1037/0022-006X.72.4.689.
- Burwell, R.A. y Shirk, S.R. (2007). Subtypes of rumination in adolescence: Associations between brooding, reflection, depressive symptoms, and coping. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36(1), 56-65.
- Byrne, B.M. (2006). *Structural equation modeling with EQS: Basic concepts, applications and programming* (2nd edition). Mahwah, NJ: Erlbaum.

- Calvete, E. (2011a). Integrating sociotropy, negative inferences and social stressors as explanations for the development of depression in adolescence: Interactive and mediational mechanisms. *Cognitive Therapy and Research*, 35, 477-490. doi: 10.1007/s10608-010-9320-4.
- Calvete, E. (2011b). Temporal relationships between inferential style and depressive symptoms in adolescents. *International Journal of Cognitive Therapy*, 4(4), 436-455. doi: 10.1521/ijct.2011.4.4.438.
- Calvete, E., Cámara, M., Estévez, A. y Villardón, L. (2011). The role of coping with social stressors in the development of depressive symptoms: Gender differences. *Anxiety, Stress, and Coping*, 24(4), 387-406. doi: 10.1080/10615806.2010.515982
- 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. doi: 10.1080/10615800500472963.
- Calvete, E., Orue, I. y Hankin, B. (2013). Transactional relationships among cognitive vulnerabilities, stressors, and depressive symptoms in adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41, 399-410. doi: 10.1007/s10802-012-9691-y.
- Calvete, E., Orue, I. y Hankin, B. (2015). Cross-lagged associations among ruminative response style, stressors, and depressive symptoms in adolescents. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 34(3), 203-220.
- 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, 944-953. doi: 10.1016/j.brat.2008.04.010.
- Calvete, E., Villardón, L., Estévez, A. y Espina, M. (2007). La desesperanza como vulnerabilidad cognitiva al estrés: Adaptación del Cuestionario de Estilo Cognitivo para Adolescentes. *Ansiedad y Estrés* 13, 215-227.
- Campbell, S.B., Morgan-Lopez, A.A., Cox, M.J., McLoyd, V.C. y National Institute of Child Health and Human Development Early Child Care Research Network (2009). A latent class analysis of maternal depressive symptoms over 12 years and offspring adjustment in adolescence. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(3), 479-493. doi: 10.1037/a0015923.

- Canals, J., Domenech-Llaberia, E., Fernandez-Ballart, J. y Marti-Hennberg, C. (2002). Predictors of depression at eighteen. A 7-year follow-up study in Spanish nonclinical population. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 11, 226-233. doi: 10.1007/s00787-002-0286-y.
- Cano-Vindel, A. (2011). Los desórdenes emocionales en atención primaria. *Ansiedad y estrés*, 17(1), 75-97.
- Cano-Vindel, A. y Miguel-Tobal J. J. (1999). Valoración, afrontamiento y ansiedad. *Ansiedad y estrés*, 5(2-3), 129-143.
- Carr, A. (2008). Depression in young people: Description, assessment and evidence-based treatment. *Deveolopmental Neurorehabilitation*, 11(1), 3-15. doi: 10.1080/17518420701536095.
- Carrasco, M. y del Barrio, M.V. (2007). Temperamental and personality variables in child and adolescent depressive symptomatology. *Psicothema*, 19(1), 43-48.
- Carter, J.S. y Garber, J. (2011). Predictors of the first onset of a major depressive episode and changes in depressive symptoms across adolescence: Stress and Negative Cognitions. *Journal of Abnormal Psychology*, 120(4), 779-796. doi: 10.1037/a0025441.
- Carter, J.S., Garber, J., Ciesla, J.A. y Cole, D.A. (2006). Modeling relations between hassles and internalizing and externalizing symptoms in adolescents: A four-year prospective study. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(3), 428-442. doi: 10.1037/0021-843X.115.3.428.
- 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.
- Chan, S.M. (2012). Early adolescent depressive mood: Direct and indirect effects of attributional styles and coping. *Child Psychiatry and Human Development*, 43, 455-470. doi: 10.1007/s10578-011-0275-9.
- Chan, W.S.C., Law, C.K., Liu, K.Y., Wong, P.W.C., Law, Y.W. y Wong, P.S. F. (2009). Suicidality in Chinese adolescents in Hong Kong: The role of family and cultural influences. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44, 278-284. doi: 10.1007/s00127-008-0434-x.

- Charbonneau, A.M., Mezulis, A.H. y Hyde, J.S. (2009). Stress and emotional reactivity as explanations for gender differences in adolescents' depressive symptoms. *Journal of Youth and Adolescence*, 38, 1050-1058. doi: 10.1007/s10964-009-9398-8.
- Chen, F.F. (2007). Sensitivity of goodness of fit indexes to lack of measurement invariance. *Structural Equation Modeling*, 14, 464-504.
- Chen, F. F., Sousa, K. H. y West, S. G. (2005). Teacher's corner: testing measurement invariance of second-order factor models. *Structural Equation Modeling*, 12, 471- 492.
- Cheng, S-T. y Li, K-K. (2010). Combining major life events and recurrent hassles in the assessment of stress in Chinese adolescents: Preliminary evidence. *Psychological Assessment*, 22(3), 532-538. doi: 10.1037/a0019579.
- Cheung, G. W. y Rensvold, R. B. (2002). Evaluating goodness-of-fit indexes for testing measurement invariance. *Structural Equation Modeling*, 9, 233–255.
- Chun, C.A., Cronkite, R.C. y Moos, R.H. (2004). Stress generation in depressed patients and community controls. *Journal of Social and Clinical, Psychology*, 23(3), 390-412.
- Cicchetti, D., y Toth, S.L. (1998). The development of depression in children and adolescents. *American Psychologist*, 53, 221-241. doi: 10.1037/0003-066X.53.2.221.
- Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Clasificación de la CIE-10 (2003). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Claustre Jane, M., Canals, J., Ballespi, S., Viñas, F., Esparo, G. y Domenech, E. (2006). Parents and teacher reports of DSM-IV psychopathological symptoms in preschool children. Differences between urban-rural Spanish areas. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 386-393. doi: 10.1007/s00127-006-0038-2.
- Cogswell, A., Alloy, L.B. y Spasojevic, J. (2006). Neediness and interpersonal life stress: Does congruency predict depression? *Cognitive Therapy and Research*, 30, 427–443. doi:10.1007/s10608-006-9052-7.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences* (2ª ed). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, L.H., Burt, C.E. y Bjorck, J.P. (1987). Life stress and adjustment: Effects of life events experienced by young adolescents and their parents. *Developmental Psychology*, 23, 583-592.

- Cohen, J.R., Hankin, B.L., Gibb, B.E., Hammen, C., Hazel, N.A., Ma, D., Yao, S., Zhao, X. y Abela, J.R.Z. (2013). Negative attachment cognitions and emotional distress in mainland Chinese adolescents: A prospective multiwave test of vulnerability-stress and stress generation models. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 42(4), 531–544. doi: 10.1080/15374416.2012.749787.
- Cohen, J.R., Young, J.F. y Abela, J.R.Z. (2011). Cognitive vulnerability to depression in children: An idiographic, longitudinal examination of inferential styles. *Cognitive Therapy and Research*, 36, 643-654. doi: 10.1007/s10608-011-9431-6.
- Cohen, J.R., Young, J.F., Hankin, B.L., Ya, S., Zhao Zhu, X. y Abela, J.R.Z. (2013). Personality predispositions in Chinese adolescents: The relation between self-criticism, dependency, and prospective internalizing symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 32(6), 596-618.
- Cole, D.A., Nolen-Hoeksema, S., Girgus, J. y Paul, G. (2006). Stress exposure and stress generation in child and adolescent depression: A latent trait-state-error approach to longitudinal analyses. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(1), 40–51. doi: 10.1037/0021-843X.115.1.40.
- Cole, D.A., Tram, J.M., Martin, J.M., Hoffman, K.B., Ruiz, M.D., Jacquez, F.M. y Maschman, T.L. (2002). Individual differences in the emergence of depressive symptoms in children and adolescents: A longitudinal investigation of parent and child reports. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(1), 156-165. doi: 10.1037/0021-843X.111.1.156
- Compas, B.E. (1987a). Coping with stress during childhood and adolescence. *Psychological Bulletin*, 101, 393-403.
- Compas, B.E. (1987b). Stress and life events during childhood and adolescence. *Clinical Psychology Review*, 7(3), 275-302.
- Compas, B.E., Boyer, M.C., Stanger, C., Colletti, R.B., Thomsen, A.H., Dufton, L.M. y Cole, D.A. (2006). Latent variable analysis of coping, anxiety/depression, and somatic symptoms in adolescents with chronic pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), 1132-1142. doi: 10.1037/0022-006X.74.6.1132

- Compas, B.E., Champion, J.E., Forehand, R., Cole, D.A., Reeslund, K.L., Fear, J., Hardcastle, E.J., Keller, G., Rakow, A., Garai, E., Merchant, M.J. y Roberts, L. (2010). Coping and parenting: Mediators of 12-month outcomes of a family group cognitive-behavioral preventive intervention with families of depressed parents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(5), 623-634. doi: 10.1037/a0020459.
- Compas, B.E., 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. doi: 10.1037//0033-2909.127.1.97.
- 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(4), 534-541. doi:10.1037/0022-006X.55.4.534.
- Compas, B.E., Ey, S. y Grant, K.E. (1993). Taxonomy, assessment, and diagnosis of depression during adolescence. *Psychological Bulletin*, 114(2), 323-344.
- Compas, B.E., Howell, D.C., Phares, V., Williams, R.A. y Ledoux, N. (1989). Parent and child stress and symptoms: An integrative analysis. *Development Psychology*, 25, 550-559.
- Compas, B.E., Malcarne, V.L. y Fondacaro, K.M. (1988). Coping with stressful life events in older children and young adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 405-411.
- Compas, B.W., Worsham, N.L., Ey, S. y Howell, D.C. (1996). When mom or dad has cancer: II. Coping, cognitive appraisals, and psychological distress in children of cancer patients. *Health Psychology*, 15, 167-175.
- Connolly, N.P., Eberhart, N.K., Hammen, C.L. y Brennan, P.A. (2010). Specificity of stress generation: A comparison of adolescents with depressive, anxiety, and comorbid diagnoses. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(4), 368-379. doi:10.1521/ijct.2010.3.4.368.

- 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. doi: 10.1080/10615800410001709412.
- 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 stress responses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 976-992. doi: 10.1037//0022-006X.68.6.976.
- Connor-Smith, J.F. 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(1), 39-55.
- Conway, C.C., Hammen, C. y Brennan, P.A. (2012). Expanding stress generation theory: Test of a transdiagnostic model. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(3), 754-766. doi: 10.1037/a0027457.
- Conway, C.C., Rancourt, D., Adelman, C.B., Burk, W.J. y Prinstein, M.J. (2011). Depression socialization within friendship groups at the transition to adolescence: The roles of gender and group centrality as moderators of peer influence. *Journal of Abnormal Psychology*, 120 (4), 857-867. doi: 10.1037/a0024779.
- Cooper, M.L., Wood, P.K., Orcutt, H.K. y Albino, A. (2003). Personality and the predisposition to engage in risky or problem behaviors during adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(2), 390-410. doi: 10.1037/0022-3514.84.2.390
- Costello, E.J., Copeland, W. y Angold, A. (2011). Trends in psychopathology across the adolescent years: What changes when children become adolescents, and when adolescents become adults? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(10), 1015-1025. doi:10.1111/j.1469-7610.2011.02446.x.
- Costello, D.M., Erkanli, A. y Angold, A. (2006). Is there an epidemic of child or adolescent depression? *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 47(12), 1263-1271. doi: 10.1111/j.1469-7610.2006.01682.x.
- Costello, D.M., Swendsen, J., Rose, J.S. y Dierker, L.C. (2008). Risk and protective factors associated with trajectories of depressed mood from adolescence to early adulthood.

- Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(2), 173-183. doi: 10.1037/0022-006X.76.2.173.
- Cox, S.J., Mezulis, A.H. y Hyde, J.S. (2010). The influence of child gender role and maternal feedback to child stress on the emergence of the gender difference in depressive rumination in adolescence. *Developmental Psychology*, 46(4), 842-852. doi: 10.1037/a0019813.
- Coyne, J.C. y Racioppo, M.W. (2000). Never the twain shall meet? Closing the gap between coping research and clinical intervention research. *American Psychologist*, 55 (6), 655–664. doi: 10.1037//0003-066X.55.6.655.
- Crawford, T.N., Cohen, P., Johnson, J.G., Sneed, J.R. y Brook, J.S. (2004). The course and psychosocial correlates of personality disorder symptoms in adolescence: Erikson's developmental theory revisited. *Journal of Youth and Adolescence*, 33(5), 373–387.
- Crawford, T.N., Cohen, P., Midlarsky, E. y Brook, J.S. (2001). Internalizing symptoms in adolescents: Gender differences in vulnerability to parental distress and discord. *Journal of Research in Adolescence*, 11(1), 95-118.
- Culbertson F.M. (1997). Depression and gender. An international review. *American Psychologist*, 52, 25-31. doi: 10.1037/0003-066X.52.1.25.
- D'Alessandro, D. y Burton, K. (2006). Development and validation of the Dysfunctional Attitudes Scale for Children: Test's of Beck's cognitive diathesis-stress theory of depression, of its causal mediation component, and of developmental effects. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 335-353. doi:10.1007/s10608-006-9046-5.
- Daley, S.E., Burge, D. y Hammen, C. (2000). Borderline personality disorder symptoms as predictors of 4-year romantic relationship dysfunction in young women: Addressing issues of specificity. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(3), 451-460. doi: 10.1037//0021-S43X.109.3.451.
- Daley, S.E., Hammen, C., Davila, J. y Burge, D. (1998). Axis II symptomatology, depression, and life stress during the transition from adolescence to adulthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(4), 595-603.

- Daley, S.E., Hammen, C., Burge, D., Davila, J., Paley, B., Lindberg, N. y Herzberg, D.S. (1997). Predictors of the generation of episodic stress: A longitudinal study of late adolescent woman. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(2), 251-259. doi: 10.1037/0021-843X.106.2.251.
- Daley, S.E., Rizzo, C.J. y Gunderson, B.H. (2006). The longitudinal relation between personality disorder symptoms and depression in adolescence: The mediating role of interpersonal stress. *Journal of Personality Disorders*, 20(4), 352–368.
- Davila, J., Hammen, C., Burge, D., Paley, B. y Daley, S.E. (1995). Poor interpersonal problem solving as a mechanism of stress generation in depression among adolescent women. *Journal of Abnormal Psychology*, 104 (4), 592-600. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.104.4.592>.
- De Boo, G.M. y Spiering, M. (2010). Pre-adolescent gender differences in associations between temperament, coping, and mood. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17, 313-320. doi: 10.1002/cpp.664.
- De Boo, G.M. y Wicherts, J.M. (2009). Assessing cognitive and behavioral coping strategies in children. *Cognitive Therapy and Research*, 33, 1 – 20. doi: 10.1007/s10608-007-9135-0.
- De Rivera, L. (2010). *Los síndromes de estrés*. Madrid: Síntesis.
- Dekker, M.C., Ferdinand, R.F., van Lang, N.D.J., Bongers, I.L., van der Ende, J. y Verhulst, F.C. (2007). Developmental trajectories of depressive symptoms from early childhood to late adolescence: Gender differences and adult outcome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(7), 657-666. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01742.x.
- Del Barrio, M.V., Mestre, M.V., Tur, A.M. y Samper, P. (2004). La depresión infanto-juvenil. El efecto de los factores emocionales, comportamentales y sociodemograficos. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 57, 5-20.
- Del Barrio, V., Moreno, C. y Lopez, Rosa (1997). *Ecology of depression in Spanish children*. *European Psychologist*, 2(1), 18-27.

- Dohrenwend, B.P. (2006). Inventoring stressful life events as risk factors for psychopathology: Toward Resolution of the problem of intracategory variability. *Psychological Bulletin*, 132 (3), 477-495. doi: 10.1037/0033-2909.132.3.477.
- Dohrenwend, B.S., Krasnoff, L., Askenasy, A.R. y Dohrenwend, B.P. (1982). The psychiatric epidemiology research interview life events scale. En L. Goldberger y S. Breznitz (eds.). *Handbook of stress. Theoretical and clinical aspects* (pp. 332-363). New York: The Free Press.
- Domenech-Llaberia, E., Viñas, F., Pla, E., Claustre Jane, M., Mitjavila, M., Corbella, T. y Canals, J. (2009). Prevalence of major depression in preschool children. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 18, 597-604. doi: 10.1007/s00787-009-0019-6.
- Driscoll, K.A., Lopez, C.M. y Kistner, J.A. (2009). A diathesis-stress test of response styles in children. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 28(8), 1050-1070.
- Eaton, R.J. y Bradley, G. (2008). The role of gender and negative affectivity in stressor appraisal and coping selection. *International Journal of Stress Management*, 15(1), 94-115. doi: 10.1037/1072-5245.15.1.94.
- Eberhart, N.K., Auerbach, R.P., Bigda-Peyton, J. y Abela, J.R.Z. (2011). Maladaptive schemas and depression: Tests of stress generation and diathesis-stress models. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 30(1), 75-104. doi:10.1521/jscp.2011.30.1.75.
- Eberhart, N.K. y Hammen, C.L. (2009). Interpersonal predictors of stress generation. *Personality and Social Bulletin*, 35(5), 544-556. doi: 10.1177/0146167208329857.
- Eberhart, N.K. y Hammen, C.L. (2010). Interpersonal style, stress and depression: An examination of transactional and diathesis stress models. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29(1), 23-38.
- Eisenberg, N., Fabes, R. A. y Guthrie, I. (1997). Coping with stress: The roles of regulation and development. En S. A. Wolchik y J. N. Sandler (Eds.), *Handbook of children's coping. Linking theory, research, and intervention* (pp. 41-70). New York: Plenum.
- Ellis, A.A., Nixon, R.D.V. y Williamson, P. (2009). The effects of social support and negative appraisals on acute stress symptoms and depression in children and

- adolescents. *British Journal of Clinical Psychology*, 48, 347–361. doi:10.1348/014466508X401894.
- Emslie, G.J. y Mayes, T.L. (1999). Depression in children and adolescents. A guide to diagnosis and treatment. *CNS Drugs*, 11(3), 181-189.
- Erdur-Baker, O. (2009). Peer victimization, rumination, and problem solving as risk contributors to adolescents' depressive symptoms. *The Journal of Psychology*, 143(1), 78-90.
- Eschenbeck, H., Kohlmann, C.W. y Lohaus, A. (2007). Gender differences in coping strategies in children and adolescents. *Journal of Individual Differences*, 28(1), 18-26. doi: 10.1027/1614-0001.28.1.18.
- Essau, C.A. (2005). Frequency and patterns of mental health services utilization among adolescents with anxiety and depressive disorders. *Depression and Anxiety*, 22, 130-137. doi: 10.1002/da.20115.
- Estévez, R.M., Oliva, A. y Parra, A. (2012). Acontecimientos vitales estresantes, estilo de afrontamiento y ajuste adolescente: un análisis longitudinal de los efectos de moderación. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 44(2), 39-53.
- Everly, G. S. Jr. y Lanting, J.M. (2002). *A clinical guide to the treatment of human stress response*. Second Edition. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Fear, J.M., Champion, J.E., Reeslund, K.L., Forehand, R., Colletti, C., Roberts, L. y Compas, B.E. (2009). Parental depression and interparental conflict: Children and adolescents' self-blame and coping responses. *Journal of Family Psychology*, 23(5), 762-766. doi: 10.1037/a0016381.
- Feldman, S.S., Fisher, L., Ransom, D.C., y Dimiceli, S. (1995). Is “what is good for the goose good for the gander?” Sex differences in relations between adolescent coping and adult adaptation. *Journal of Research on Adolescence*, 5(3), 333-359.
- Felton, J.W., Cole, D.A. y Martin, N.C. (2013). Effects of Rumination on child and adolescent depressive reactions to a natural disaster: The 2010 Nashville Flood. *Journal of Abnormal Psychology*, 122 (1), 64–73. doi: 10.1037/a0029303.

- Ferrari, A.J., Charlson, F.J., Norman, R.E., Flaxman, A.D., Patten, S.B., Vos, T. y Whiteford, H.A. (2013). The epidemiological modeling of major depressive disorder: Application for the global burden of disease study 2010. *PLoS ONE* 8(7), e69637, 1-14. doi:10.1371/journal.pone.0069637.
- Ferreira, W., Granero, R., Noorian, Z., Romero, K. y Doménech-Llaberia, E. (2012). Acontecimientos vitales y sintomatología depresiva en población adolescente. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(2), 123-136.
- Flanckbaum, M., Oppenheimer, C.W., Abela, J.R.Z., Young, J.F., Stolow, D. y Hankin, B.L. (2011). The effects of rumination on the timing of maternal and child negative affect. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 40(4), 596-606. doi: 10.1080/15374416.2011.581615.
- Flynn, M., Kecmanovic, J. y Alloy, L.B. (2010). An examination of integrated cognitive-interpersonal vulnerability to depression: The role of rumination, perceived social support, and interpersonal stress generation. *Cognitive Therapy and Research*, 34, 456-466. doi: 10.1007/s10608-010-9300-8.
- Flynn, M. y Rudolph, K.D. (2011). Stress generation and adolescent depression: Contribution of interpersonal stress responses. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(8), 1187–1198. doi:10.1007/s10802-011-9527-1.
- Fonseca-Pedrero, E. (2010). Measurement invariance of the Reynolds Depression Adolescent Scale across gender and age. *International Journal of Testing*, 10, 133-148. doi: 10.1080/15305050903580822.
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Lemos-Giráldez, S. y Muñiz, J. (2011). Prevalencia y características de la sintomatología depresiva en adolescentes no clínicos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(4), 217-225.
- Forman, G.S. (1993). *Coping skills interventions for children and adolescents*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Foster, H. y Brooks-Gunn, J. (2009). Toward a stress process model of children's exposure to physical family and community violence. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 12, 71-94. doi: 10.1007/s10567-009-0049-0.

- Foster, C.E., Webster, M.C., Weissman, M.M., Pilowsky, D.J., Wickramaratne, P.J., Talati, A., Rush, A.J., Hughes, C.W., Garber, J., Malloy, E., Cerda, G., Kornstein, S.G., Alpert, J.E., Wisniewski, S.R., Trivedi, M.H., Fava, M. y King, C.A. (2008). Remission of maternal depression: Relations to family functioning and youth internalizing and externalizing symptoms. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37(4), 714–724. doi: 10.1080/15374410802359726.
- Frías, A., Carrasco, A., Fernández, M.J., García, A. y García, B. (2009). Comorbilidad entre trastornos de conducta y depresión en la adolescencia: Prevalencia, teorías explicativas y estatus nosológico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14, 1-16.
- Frydenberg, E., Lewis, R., Bugalski, K., Cotta, A., McCarthy, C., Luscombe-Smith, N. y Poole, C. (2004). Prevention is better than cure: Coping skills training for adolescent at school. *Educational Psychology in Practice*, 20(2), 117-134. doi: 10.1080/02667360410001691053.
- Gabilondo, A., Rojas-Farreras, S., Vilagut, G., Haro., J.M., Fernández, A., Pinto-Meza, A. y Alonso, J. (2010). Epidemiology of major depressive episode in a southern European country: Result from the ESEMeD-Spain Project. *Journal of Affective Disorders*, 120, 75-86. doi: 10.1016/j.jad.2009.04.016.
- Gadernann, A.M., Alonso, J., Vilagut, G., Zaslavsky, A.M. y Kessler, R.C. (2012). Comorbidity and disease burden in the national comorbidity survey replication (NCS-R). *Depression and Anxiety*, 29, 797-906. doi: 10.1002/da.21924.
- Galambos, N., Leadbeater, B.J. y Barker, E. T. (2004). Gender differences in and risk factors for depression in adolescence: A 4-year longitudinal study. *International Journal of Behavioral Development* 28(1), 16-25. doi: 10.1080/01650250344000235.
- Garber, J., Korelitz, K. y Samanez-Larkin, S. (2012). Translating basic psychopathology research to preventive interventions: A tribute to John R.Z. Abela. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 41(5), 666-681. doi: 10.1080/15374416.2012.710161.
- García, C. (2010). Conceptualization and measurement of coping during adolescence: A review of the Literature. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(2), 166-185. doi: 10.1111/j.1547-5069.2009.01327.x.

- Gaspar de Matos, M., Barrett, P., Dadds, M. y Shortt, A. (2003). Anxiety, depression, and peer relationships during adolescence: Results from the Portuguese national health behavior in school-aged children survey. *European Journal of Psychology of Education*, 18(3), 3-14.
- Gau, S.S-F., Lin, Y-J., Cheng, A.T-A., Chiu, Y-N., Tsai, W-C. y Soong, W-T. (2010). Psychopathology and symptom remission at adolescence among children with attention deficit-hyperactivity disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44, 323-332.
- Gaylord-Harden, N.K., Gipson, P., Mance, G.S. y Grant, K.E. (2008). Coping patterns of African American Adolescents: A confirmatory factor analysis and cluster analysis of the children's coping strategies checklist. *Psychological Assessment*, 20(1), 10-22. doi: 10.1037/1040-3590.20.1.10.
- Gaylord-Harden, N.K., Taylor, J.J., Campbell, C.L., Kesselring, C.M. y Grant, K.E. (2009). Maternal attachment and depressive symptoms in urban adolescents: The influence of coping strategies and gender. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 38(5), 684-695. doi: 10.1080/15374410903103569.
- Ge, X., Conger, R.D. y Elder, G.H. (2001). Pubertal transition, stressful life events and the emergence of gender differences in adolescent depressive symptoms. *Developmental Psychology*, 37, 404-417. doi: 10.1037/0012-1649.37.3.404.
- Ge, X., Lorenz, F.O., Conger, R.D., Elder, G.H. y Simons, R.L. (1994). Trajectories of stressful life events and depressive symptoms during adolescence. *Developmental Psychology*, 30, 467-483. doi: 10.1037/0012-1649.30.4.467.
- Gelhaar, T., Seiffge-Krenke, I., Borge, A., Cicognani, E., Cunha, M., Loncaric, D., Macek, P., Steinhausen, H-C. y Metzke, C.W. (2007). Adolescent coping with everyday stressors: A seven-nation study of youth from central, eastern, southern, and northern Europe. *European Journal of Developmental Psychology*, 4 (2), 129-156. doi: 10.1080/17405620600831564.
- Gibb, B.E. y Abela, J.R.Z. (2008). Emotional abuse, verbal victimization, and the development of children's negative inferential styles and depressive symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 32, 161-176. doi: 10.1007/s10608-006-9106-x.

- Gibb, B.E., Abramson, L.Y. y Alloy, L.B. (2004). Emotional maltreatment from parents, verbal peer victimization and cognitive vulnerability to depression. *Cognitive Therapy and Research*, 28(1), 1-21.
- 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, 763–772. doi: 10.1007/s10608-006-9082-1.
- Gibb, B.E. y Coles, M.E. (2005). Cognitive vulnerability-stress models of psychopathology. En B.L. Hankin y J.R.Z. Abela (Eds), *Development of Psychopathology. A vulnerability-stress perspective* (pp.104-135). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Gibb, B.E., Stone, L.B. y Crossett, S.E. (2012). Peer victimization and prospective changes in children`s inferential styles. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 41(5), 561-569. doi: 10.1080/15374416.2012.703124.
- Gibb, B.E., Uhrlass, D.J., Grassia, M., Benas, J.S. y McGeary, J. (2009). Children`s inferential styles, 5-HTTLPR genotype, and maternal expressed emotion-criticism: An integrated model for the intergenerational transmission of depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(4), 734-745. doi: 10.1037/a0016765.
- Gilder, D.A. y Ehlers, C.L. (2012). Depression symptoms associated with cannabis dependence in an adolescent American Indian community sample. *The American Journal on Addictions*, 21, 536-543. doi: 10.1111/j.1521-0391.2012.00281.x.
- Gil-Rivas, V., Greenberger, E., Chen, C. y Montero, M. (2003). Understanding depressed mood in the context of a family-oriented culture. *Adolescence*, 38, 93-109.
- Glasscock, D.J., Andersen, J.H., Labriola, M., Rasmussen, K. y Hasen, C.D. (2013). Can negative life events and coping style help explain socioeconomic differences in perceived stress among adolescents? A cross-sectional study based on the West Jutland cohort study. *BioMed Central BMC Public Health*, 13, 532. doi:10.1186/1471-2458-13-532.
- Goldstein, D.S. y Kopin, I.J. (2007). Evolution of concepts of stress. *Stress*, 10(2), 109-120. doi: 10.1080/10253890701288935.

- Goldston, D.B., Daniel, S.S., Erkanli, A., Reboussin, B., Mayfield, A., Frazier, P.H. y Treadway, S.L. (2009). Psychiatric diagnoses as contemporaneous risk factors for suicide attempts among adolescents and young adults: Developmental changes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(2), 281-290. doi: 10.1037/a0014732.
- Gómez-Fraguela, J.A., Luengo-Martín, A., Romero-Triñanes, E., Villar-Torres, P. y Sobral-Fernández, J. (2006). Estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relación con el consumo de drogas y la conducta problemática. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(3), 581-597.
- González-Tejera, G., Canino, G., Ramírez, R., Chávez, L., Shrout, P., Bird, H., Bravo, M., Martínez-Taboas, A., Ribera, J. y Bauermeister, J. (2005). Examining minor and major depression in adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(8), 888-899. doi:10.1111/j.1469-7610.2005.00370.x.
- Goodwin, R.D., Fergusson, D.M. y Horwood, L.J. (2004). Early anxious/withdrawn behaviours predict later internalizing disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 45(4), 874–883.
- Gordillo, R., Del Barrio, V. y Carrasco, M.A. (2012). Análisis longitudinal de la comorbilidad entre depresión y agresión: Cronicidad y severidad en sujetos de 11 a 13 años. *Interdisciplinaria*, 29(1), 165-185.
- Grant, K.E. y Compas, B.E. (1995). Stress and anxious-depressed symptoms among adolescents: searching for mechanisms of risk. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(6), 1015-1021. doi:10.1037/0022-006X.63.6.1015.
- Grant, K.E., Compas, B.E., Stuhlmacher, A.F., Thurm, A.E., McMahon, S.D. y Halpert, J.A. (2003). Stressors and child and adolescent psychopathology: Moving from makers to mechanisms of risk. *Psychological Bulletin*, 129(3), 447-466. doi: 10.1037/0033-2909.129.3.447.
- Grant, K.E., Compas, B.E., Thurm, A.E., McMahon, S.D. y Gipson, P.Y. (2004). Stressors and child and adolescent psychopathology: Measurement issues and prospective effects. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(2), 412-425. doi: 10.1207/s15374424jccp3302_23.

- Grant, K.E. y McMahon, S. D. (2005). Conceptualizing the role of stressors in the development of psychopathology. En B.L. Hankin y J.R.Z. Abela (Eds.). *Development of psychopathology. A vulnerability-stress perspective* (pp. 3-31). Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Gunthert, K.C., Cohen, L.H. y Armeli, S. (1999). The role of neuroticism in daily stress and coping. *Journal of Personality and Social Psychology* 77(5), 1087-1100.
- Gunthert, K.C., Cohen, L.H. y Armeli, S. (2002). Unique effects of depressive and anxious symptomatology on daily stress and coping. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 21(6), 583-609.
- Haefel, G.J., Voelz, Z.R. y Joiner, T.E. (2007). Vulnerability to depressive symptoms: Clarifying the role of excessive reassurance seeking and perceived social support in an interpersonal model of depression. *Cognition and Emotion*, 21(3), 681-688. doi: 10.1080/02699930600684922.
- Haghighatgou, H. y Peterson, C. (2001). Coping and depressive symptoms among Iranian students. *The Journal of Social Psychology*, 135(2), 175-180.
- Haid, M-L., Seiffge-Krenke, I., Molinar, R., Ciairano, S., Güney Karaman, N. y Cok, F. (2010). Identity and future concerns among adolescents from Italy, Turkey and Germany: intra- and between-cultural comparisons. *Journal of Youth Studies*, 13(3), 369-389. doi: 10.1080/13676260903447528.
- Hamilton, J.L., Stange, J.P., Kleiman, E.M., Hamlat, E.J., Abramson, L.Y. y Alloy, L.B. (2014). Cognitive vulnerabilities amplify the effect of early pubertal timing on interpersonal stress generation during adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 43, 824-833. doi: 10.1007/s10964-013-0015-5.
- Hamilton, J. L., Stange, J.P., Shapero, B.G., Connolly, S.L., Abramson, L.Y. y Alloy, L.B. (2013). Cognitive vulnerabilities as predictors of stress generation in early adolescence: Pathway to depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 41(7), 1027-1039. doi: 10.1007/s10802-013-9742-z.
- Hammen, C. (1991). Generation of stress in the course of unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(4), 555-561. doi: 10.1037/0021-843X.100.4.555.

- Hammen, C. (2005). Stress and depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 293-319. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143938.
- Hammen, C. (2006). Stress generation in depression: Reflections on origins, research, and future directions. *Journal of Clinical Psychology*, 62(9), 1065-1082. doi: 10.1002/jclp.20293.
- Hammen, C. (2009a). Adolescent depression. Stressful interpersonal context and risk for recurrence. *Current directions in psychological science*, 18(4), 200-204. doi: 10.1111/j.1467-8721.2009.01636.x.
- Hammen, C. (2009b). Stress exposure and stress generation in adolescent depression. En S. Nolen-Hoeksema y L.M. Hilt (Eds.), *Handbook of Depression in Adolescents* (pp.305-334). New York: Routledge Taylor & Francis Group.
- Hammen, C., Brennan, P.A. y Le Brocque, R. (2011). Youth depression and early childrearing: Stress generation and intergenerational transmission of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(3), 353–363. doi: 10.1037/a0023536.
- Hammen, C., Kim, E.Y., Eberhart, N.K. y Brennan, P.A. (2009). Chronic and acute stress and the prediction of major depression in women. *Depression and Anxiety*, 26, 718-723. doi: 10.1002/da.20571.
- Hampel, P. y Petermann, F. (2005). Age and gender effects on coping in children and adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 34, 73-83. doi: 10.1007/s10964-005-3207-9. doi: 10.1007/s10964-005-3207-9.
- Hankin, B.L. (2005). Childhood maltreatment and psychopathology: Prospective test of attachment, cognitive vulnerability, and stress as mediating process. *Cognitive Therapy and Research*, 29(6), 645-671. doi: 10.1007/s10608-005-9631-z.
- Hankin, B.L. (2008a). Rumination and depression in adolescence: Investigating symptom specificity in a multiwave prospective study. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37(4), 701-713. doi: 10.1080/15374410802359627.
- Hankin, B.L. (2008b). Stability of cognitive vulnerabilities to depression: A short-term prospective multiwave study. *Journal of Abnormal Psychology*, 117(2), 324–333. doi:10.1037/0021-843X.117.2.324.

- Hankin, B.L. (2009). Development of sex differences in depressive and co-occurring anxious symptoms during adolescence: Descriptive trajectories and potential explanations in a multiwave prospective study. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 38(4), 460-472. doi: 10.1080/15374410902976288.
- Hankin, B.L. (2010). Personality and depressive symptoms: Stress generation and cognitive vulnerabilities to depression in a prospective daily diary study. *Journal of Social and Clinical Psychology* 29, 369-401.
- Hankin, B.L. (2012). Future directions in vulnerability to depression among youth: Integrating risk factors and processes across multiple levels of analysis. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 41(5), 695-718. doi: 10.1080/15374416.2012.711708.
- Hankin, B.L. y Abela, J.R. (2005). Depression from childhood through adolescence and adulthood. A developmental vulnerability and stress perspective. En B.L. Hankin y J.R.Z. Abela (Eds.). *Development of Psychopathology. A vulnerability-stress perspective* (pp. 245-288). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Hankin, B.L. y Abramson, L.Y. (2001). Development of gender differences in depression: An elaborated cognitive vulnerability-transactional stress theory. *Psychological Bulletin*, 127, 773-796. doi: 10.1037/0033-2909.127.6.773.
- 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. (2004). Cognitive vulnerability-stress theories of depression: Examining affective specificity in the prediction of depression versus anxiety in three prospective studies. *Cognitive Therapy and Research*, 28, 309-345.
- Hankin, B.L., Abramson, L.Y., Moffitt, T.E., Silva, P.A., McGee, R. y Angell, K.E. (1998). Development of depression from preadolescence to young adulthood: Emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 128-140. doi: 10.1037/0021-843X.107.1.128.

- Hankin, B.L., Abramson, L.Y. y Siler, M. (2001). A prospective test of the hopelessness theory of depression in adolescence. *Cognitive Therapy and Research*, 25, 607-632. doi: 10.1023/A:1005561616506.
- Hankin, B.L., Fraley, R.C., Lahey, B.B. y Waldman, I.D. (2005). Is depression best viewed as a continuum or discrete category? A taxometric analysis of childhood and adolescent depression in a population-based sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(1), 96-110. doi: 10.1037/0021-843X.114.1.96.
- Hankin, B.L., Jenness, J., Abela, J.R.Z. y Smolen, A. (2011). Interaction of 5-HTTLPR and idiographic stressors predicts prospective depressive symptoms sepecifically among youth in a multiwave design. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 40(4), 572–585. doi: 10.1080/15374416.2011.581613.
- Hankin, B.L., Lakdawalla, Z., Carter, I.L., Abela, J.R.Z. y Adams, P. (2007). Are neuroticism, cognitive vulnerabilities and self-esteem overlapping or distinct risks for depression? Evidence from exploratory and confirmatory factor analyses. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26(1), 29-63. doi: 10.1521/jscp.2007.26.1.29.
- Hankin, B.L., Mermelstein, R., y Roesch, L. (2007). Sex differences in adolescent depression: Stress exposure and reactivity models. *Child Development*, 78(1), 279-295. doi: 10.1111/j.1467-8624.2007.00997.x.
- Hankin, B.L., Oppenheimer, C., Jenness, J., Barrocas, A., Shapero, B.G. y Goldband, J. (2009). Developmental origins of cognitive vulnerabilities to depression: Review of processes contributing to stability and change across time. *Journal of Clinical Psychology*, 65(2), 1327-1338. doi: 10.1002/jclp.20625.
- Hankin, B.L., Roberts, J. y Gotlib, I.H. (1997). Elevated self-standards and emotional distress during adolescence: Emotional specificity and gender differences. *Cognitive Therapy and Research*, 21(6), 663-679.
- Hankin, B.L., Stone, L. y Wright, P.A. (2010). Co-rumiation, interpersonal stress generation, and internalizing symptoms: Accumulating effects and transactional influences in a multiwave study of adolescents. *Development and Psychopathology*, 22, 217–235. doi:10.1017/S0954579409990368.

- Hankin, B.L., Wetter, E. y Cheely, C. (2008a). Sex differences in child and adolescent depression: A developmental psychopathological approach. En J.R.Z. Abela y B.L. Hankin (Eds), *Handbook of Depression in Children and Adolescents* (pp. 377-414). New York: Guilford Press.
- Hankin, B.L., Wetter, E., Cheely, C., Oppenheimer, C. (2008b). Beck's cognitive theory of depression in adolescence: Specific prediction of depressive symptoms and reciprocal influences in a multi-wave prospective study. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1, 313-332. doi: 10.1521/ijct.2008.1.4.313.
- Harkness, K.L., Alavi, N., Monroe, S.M., Slavich, G.M., Gotlib, I.H. y Bagby, R.M. (2010). Gender differences in life events prior to onset of major depressive disorder: The moderating effect of age. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(4), 791-803. doi: 10.1037/a0020629.
- Harkness, K.L., Bruce, A.E. y Lumley, M.N. (2006). The role of childhood abuse and neglect in the sensitization to stressful life events in adolescent depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 730-741. doi: 10.1037/0021-843X.115.4.730.
- Harkness, K.L., Lumley, M.N. y Truss, A.E. (2008). Stress generation in adolescent depression: The moderating role of child abuse and neglect. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 421-432. doi: 10.1007/s10802-007-9188-2.
- Harkness, K.L. y Stewart, J.G. (2009). Symptom specificity and the prospective generation of life events in adolescence. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(2), 278-287. doi: 10.1037/a0015749.
- Hazel, N.A., Hammen, C., Brennan, P.A. y Najman, J. (2008). Early childhood adversity and adolescent depression: The mediating role of continued stress. *Psychological Medicine*, 38, 581-589. doi:10.1017/S0033291708002857.
- Hébert, M., Parent, N. y Dagnault, I.V. (2007). The French-Canadian version of the self-report coping scale: Estimates of the reliability, validity, and development of a short form. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 40, 2-15.
- Helgeson, V.S., Escobar, O., Siminerio, L. y Becker, D. (2010). Relation of stressful life events to metabolic control among adolescents with diabetes: 5-year longitudinal study. *Health Psychology*, 29(2), 153-159. doi:10.1037/a0018163.

- Heredia-Ancona, M.C., Lucio-Gómez Maqueo, E. y Suárez de la Cruz, L.E. (2011). Depresión y sucesos de vida estresantes en adolescentes. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1(2), 49-57. doi:10.5461/rlmc.v1.i2.20704.
- Hilt, L.M. y Nolen-Hoeksema, S. (2009). The emergence of gender differences in depression in adolescence. En S. Nolen-Hoeksema y L.M. Hilt (Eds.), *Handbook of Depression in Adolescents* (pp.111-136). New York: Routledge.Taylor & Francis Group.
- Hoglund, W.L. y Leadbeater, B.J. (2007). Managing threat: Do social-cognitive processes mediate the link between peer victimization and adjustment problems in early adolescence? *Journal of Research on Adolescence*, 17(3), 525–540.
- Holahan, C.J., Moos, R.H., Holahan, C.K., Brennan, P.L. y Schutte, K.K. (2005). Stress generation, avoidance coping, and depressive symptoms: A 10-year model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(4), 658–666. doi: 10.1037/0022-006X.73.4.658.
- Holmes, T. H. y Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Holroyd, K.A., y Lazarus, R.S. (1982). Stress, coping and somatic adaptation. En L. Goldberger y S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress. Theoretical and Clinical aspects*. (pp.21-35). New York: The Free Press.
- Hong, W., Abela, J.R.Z., Cohen, J.R., Sheshko, D.M., Shi, X.T., Hamel, A.V. y Starrs, C. (2010). Rumination as a vulnerability factor to depression in adolescents in Mainland China: Lifetime history of clinically significant depressive episodes. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 39(6), 849-857. doi: 10.1080/15374416.2010.517159.
- Hopcroft, R.L. y Bradley, D.B. (2007). The sex difference in depression across 29 countries. *Social Forces*, 85(4), 1483-1507.
- Horowitz, J.L., Garber, J., Ciesla, J.A., Young, J.F. y Mufson, L. (2007). Prevention of depressive symptoms in adolescents: A randomized trial of cognitive-behavioral and interpersonal prevention programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(5), 693–706. doi: 10.1037/0022-006X.75.5.693.

- Howerton, A., y Van Gundy, K. (2009). Sex differences in coping styles and implications for depressed mood. *International Journal of Stress Management*, 16(4), 333-350.
- Hu, L. y Bentler, P.M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1-55. doi: 10.1080/10705519909540118.
- Hussong, A.M., Bauer, D.J., Huang, W., Chassin, L., Sher, K.J. y Zucker, R.A. (2008). Characterizing the life stressors of children of alcoholic parents. *Journal of Family Psychology*, 22(6), 819-832. doi: 10.1037/a0013704.
- Hyde, J.S., Mezulis, A.H. y Abramson, L.Y. (2008). The ABCs of depression: Integrating affective, biological, and cognitive models to explain the emergence of the gender difference in depression. *Psychological Review*, 115(2), 291-313. doi: 10.1037/0033-295X.115.2.291.
- Iacoviello, B.M., Alloy, L.B., Abramson, L.Y., Whitehouse, W.G. y Hogan, M.E. (2007). The role of cluster B and C personality disturbance in the course of depression: A prospective study. *Journal of Personality Disorders*, 21(4), 371-383.
- Ingram, R.E. y Luxton, D.D. (2005). Vulnerability-stress models. En B.L. Hankin y J.R.Z. Abela (Eds), *Development of psychopathology. A vulnerability-stress perspective* (pp. 32-46). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Jaser, S.S., Champion, J.E., Dharamsi, K.R., Riesing, M.M. y Compas, B.E. (2011). Coping and positive affect in adolescents of mothers with and without a history of depression. *Journal of Child and Family Studies*, 20, 353-360. doi: 10.1007/s10826-010-9399-y
- Jaser, S.S., Fear, J.M., Reeslund, K.L., Champion, J.E., Reising, M.M. y Compas, B.E. (2008). Maternal sadness and adolescents' responses to stress in offspring of mothers with and without a history of depression. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37(4), 736-746. doi: 10.1080/15374410802359742
- Jaser, S.S., Langrock, A.M., Keller, G., Merchant, M.J., Benson, M.A., Reeslund, K., Champion, J.E. y Compas, B.E. (2005). Coping with the stress of parental depression II: Adolescent and parent reports of coping and adjustment. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34 (1), 193-205.

- Jenness, J.L., Hankin, B.L., Abela, J.R.Z., Young, J.F. y Smolen, A. (2011). Chronic family stress interacts with 5-HTTLPR to predict prospective depressive symptoms among youth. *Depression and Anxiety*, 28, 1074–1080. doi 10.1002/da.20904.
- Jiménez García, L., Menéndez Álvarez-Dardet, S. y Hidalgo García, M.V. (2008). Un análisis de los acontecimientos vitales estresantes durante la adolescencia. *Apuntes de Psicología*, 26(3), 427-440.
- Johnson, D.P., Whisman, M.A., Corley, R.P., Hewitt, J.K. y Rhee, S.H. (2012). Association between depressive symptoms and negative dependent life events from late childhood to adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40, 1385–1400. doi: 10.1007/s10802-012-9642-7.
- Joiner, T.E. y Metalsky, G.I. (2001). Excessive reassurance seeking: Delineating a risk factor involved in the development of depressive symptoms. *Psychological Science*, 12(5), 371- 378. doi: 10.1111/1467-9280.00369.
- Joiner, T.E., Metalsky, G.I., Katz, J. y Beach, S.R.H. (1999). Depression and excessive reassurance-seeking. *Psychological Review*, 10(4), 269-278.
- Joiner, T.E., Wingate, L.R, Gencoz, T. y Gencoz, F. (2005a). Stress generation in depression: Three studies on its resilience, possible mechanism, and symptom specificity. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(2), 236-253.
- Joiner, T. E. Jr., Wingate, L. R. y Otamendi, A. (2005b). An interpersonal addendum to the hopelessness theory of depression: Hopelessness as a stress and depression generator. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(5), 649-664.
- Joinson, C., Heron, J., Araya, R., Paus, T., Croudace, T., Rubin, C., Marcus, M. y Lewis, G. (2012). Association between pubertal development and depressive symptoms in girls from a UK cohort. *Psychological Medicine*, 42, 2579–2589. doi:10.1017/S003329171200061X.
- Jöreskog, K.G. y Sörbom, D. (2006). *LISREL 8.8* (computer software). Lincolnwood: Scientific Software International, Inc.

- Jose, P.E. y Brown, I. (2008). When does the gender difference in rumination begin? Gender and age differences in the use of rumination by adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 37, 180–192. doi: 10.1007/s10964-006-9166-y.
- Jose, P. y Huntsinger, C. (2005). Moderation and mediation effects of coping by Chinese American and European American adolescents. *Journal of Genetic Psychology*, 166, 16-43. doi: 10.3200/GNTP.166.1.16-44.
- Judah, M.R., Grant, D.M., Mills, A.C., Lechner, W.V., Sligh, M.L., Davidson, C.L. y Wingate, L.R. (2013). The prospective role of depression, anxiety, and worry in stress generation. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 32(4), 381-399.
- Karande, S. (2005). Attention deficit hyperactivity disorder. A review for family physicians. *Indian Journal of Medical Sciences*, 59(10), 546-555.
- Karevold, E., Roysamb, E., Ystrom, E. y Mathiesen, K. S. (2009). Predictors and pathways from infancy to symptoms of anxiety and depression in early adolescence. *Developmental Psychology*, 45(4), 1051–1060. doi: 10.1037/a0016123.
- Keenan, K., Feng, X., Hipwell, A. y Klostermann, S. (2009). Depression begets depression: Comparing the predictive utility of depression and anxiety symptoms to later depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(9), 1167-1175. doi:10.1111/j.1469-7610.2009.02080.x.
- Keenan, K. y Hipwell, A.E. (2005). Preadolescent clues to understanding depression in girls. *Clinical Child and Family Psychology Review* 8, 89-105. doi: 10.1007/s10567-005-4750-3.
- Kercher, A.J., Rapee, R.M. y Schniering, C.A. (2009). Neuroticism, life events and negative thoughts in the development of depression in adolescent girls. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 903-915. doi: 10.1007/s10802-009-9325-1.
- Kessler, R.C., Avenevoli, S., McLaughlin, K.A., Greif Green, J., Lakoma, M.D., Petukhova, M., Pine, D.S., Sampson, N.A., Zaslavsky, A.M. y Merikangas, K.R. (2012). Lifetime co-morbidity of DSM-IV disorders in the US national co-morbidity survey replication adolescent supplement (NCS-A). *Psychological Medicine*, 42(9), 1997-2010. doi:10.1017/S0033291712000025.

- Kessler, R.C., Birnbauam, H.G., Shahly, V., Bromet, E., Hwang, I., McLaughlin, K.A., et al. (2010). Age differences in the prevalence and co-morbidity of DSM-IV major depressive episodes: Results from the WHO world mental health survey initiative. *Depression and Anxiety*, 27, 351-364. doi: 10.1002/da.20634.
- Kessler, R.C. y Walters, E. (1998). Epidemiology of DSM-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the national comorbidity survey. *Depression and Anxiety*, 7, 3-14.
- Kim, K.J. y Cicchetti, D. (2006). Longitudinal trajectories of self-system processes and depressive symptoms among maltreated and non maltreated children. *Child Development*, 77(3), 624-639. doi: 10.1111/j.1467-8624.2006.00894.x.
- Kim, J. y Cicchetti, D. (2010). Longitudinal pathways linking child maltreatment, emotion regulation, peer relations, and psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 51(6), 706–716. doi:10.1111/j.1469-7610.2009.02202.x.
- Kim, J.K, Conger, R.D., Elder, G.H. y Lorenz, F.O. (2003). Reciprocal influences between stressful life events and adolescents internalizing and externalizing problems. *Child Development*, 74(1), 127-143. doi:10.1111/1467-8624.00525.
- King, K.M., Molina, B.S.G. y Chassin, L. (2009). Prospective relations between growth in drinking and familial stressors across adolescence. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(3), 610-622. doi: 10.1037/a0016315.
- Klein, D.N., Kotov, R. y Bufferd, S.J. (2011). Personality and depression: Explanatory models and review of the evidence. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 269–295. doi:10.1146/annurev-clinpsy-032210-104540.
- Kochenderfer-Ladd, B. y Skinner, K. (2002). Children`s coping strategies: Moderators of the effects of peer victimization. *Developmental Psychology*, 38(2), 267-278. doi: 10.1037//0012-1649.38.2.267.
- Kotchick, B.A., Forehand, R., Armistead, L., Klein, K. y Wierson, M. (1996). Coping with illness: Interrelationships across family members and predictors of psychological adjustment. *Journal of Family Psychology*, 10(3), 358-370.

- Kovacs, M. y López-Duran, N. (2010). Prodromal symptoms and atypical affectivity as predictors of major depression in juveniles: Implications for prevention. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(4), 472-496. doi:10.1111/j.1469-7610.2010.02230.x.
- 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* 10(1), 1-24. doi: 10.1007/s10567-006-0013-1.
- Lahey, B.B. (2009). Public health significance of neuroticism. *American Psychologist*, 64(4), 241–256. doi:10.1037/a0015309.
- Lansford, J.E., Erath, S., Yu, T., Pettit, G.S., Dodge, K.A. y Bates, J.E. (2008). The developmental course of illicit substance use from age 12 to 22: links with depressive, anxiety, and behavior disorders at age 18. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(8), 877-885. doi:10.1111/j.1469-7610.2008.01915.x.
- Larson, R. y Ham, M. (1993). Stress and “storm and stress” in early adolescence: The relationship of negative events with dysphoric affect. *Developmental Psychology*, 29 (1), 130-140. doi: 10.1037/0012-1649.29.1.130.
- Lau, J.Y.F. y Eley, T.C. (2008). New behavioural genetic approaches to depression in childhood and adolescence. En J.R.Z. Abela y B.L. Hankin (Eds.), *Handbook of Depression in Children and Adolescents* (pp.124-148). New York: Guilford Press.
- Lau, J.Y.F. y Eley, T.C. (2009). The genetics of adolescent depression. En S.Nolen-Hoeksema y L.M. Hilt (Eds.), *Handbook of Depression in Adolescents* (pp.259-278) New York: Routledge/ Taylor & Francis Group.
- Lau, J.Y.F., Rijdsdijk, F., Gregory, A.M., McGuffin, P. y Eley, T.C. (2007). Pathways to childhood depressive symptoms: The role of social, cognitive, and genetic risk factors. *Developmental Psychology*, 43(6), 1402-1414. doi: 10.1037/0012-1649.43.6.1402.
- Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-21.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

- Leadbeater, B.J., Kuperminc, G.P., Blatt, S.J. y Hertzog, C. (1999). A multivariate model of gender differences in adolescents' internalizing and externalizing problems. *Developmental Psychology*, 35(5), 1268-1282. doi: 10.1037/0012-1649.35.5.1268.
- Lee, A. y Hankin, B.L. (2009). Insecure attachment, dysfunctional attitudes, and low self-esteem predicting prospective symptoms of depression and anxiety during adolescence. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 38(2), 219-231. doi: 10.1080/15374410802698396.
- Lee, T.K., Wickrama, K.A.S. y Simons, L.G. (2013). Chronic family economic hardship, family processes and progression of mental and physical health symptoms in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 42, 821–836. doi: 10.1007/s10964-012-9808-1.
- Lemos, S., Vallejo, G. y Sandoval, M. (2002). Estructura factorial del Youth Self-Report (Youth Self-report factor structure). *Psicothema*, 14, 816-822.
- Lepistö, S., Astedt-Kurki, P., Joronen, K., Luukkaala, T. y Paavilainen, E. (2010). Adolescents' experiences of coping with domestic violence. *Journal of Advanced Nursing*, 66(6), 1232 – 1245. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05289.x.
- Lester, L., Dooley, J., Cross, D. y Shaw, T. (2012). Internalising symptoms: An antecedent or precedent in adolescent peer victimization. *Australian Journal of Guidance and Counselling*, 22(2), 173–189. doi: 10.1017/jgc.2012.25.
- Lewinsohn, P.M., Joiner, T.E. y Rohde, P. (2001). Evaluation of cognitive diathesis-stress models in predicting major depressive disorder in adolescents. *Journal of Abnormal Psychology* 110, 203-215. doi: 10.1037/0021-843X.110.2.203.
- Li, C.E., DiGiuseppe, R. y Froh, J. (2006). The roles of sex, gender, and coping in adolescent depression. *Adolescence*, 41, 409-415.
- Little, S. A. y Garber, J. (2005). The role of social stressors and interpersonal orientation in explaining the longitudinal relation between externalizing and depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(3), 432-443. doi: 10.1037/0021-843X.114.3.432.

- Little, T.D., Slegers, D.W. y Card, N.A. (2006). A non-arbitrary method of identifying and scaling latent variables in SEM and MACS models. *Structural Equation Modeling*, 13, 59-72. doi: 10.1207/s15328007sem1301_3.
- Liu, R.T. (2013). Stress generation: Future directions and clinical implications. *Clinical Psychology Review* 33, 406–416.<http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2013.01.005>.
- Liu, R.T. y Alloy, L.B. (2010). Stress generation in depression: A systematic review of the empirical literature and recommendations for future study. *Clinical Psychology Review*, 30(5), 582–593. doi:10.1016/j.cpr.2010.04.010.
- Liu, R.T.; Alloy, L.B., Mastin, B.M., Choi, J.Y., Boland, E.M. y Jenkins, A.L. (2014). Vulnerability-specific stress generation: An examination of negative cognitive and interpersonal styles. *Anxiety, Stress and Coping*, 27(6), 695–711. doi:10.1080/10615806.2014.909927.
- Liu, R.T., Choi, J.Y., Boland, E.M., Mastin, B.M. y Alloy, L.B. (2013). Childhood abuse and stress generation: The mediational effect of depressiogenic cognitive styles. *Psychiatry Research*, 206, 217–222.<http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2012.12.001>.
- Liu, R.T., Kraines, M.A., Massing-Schaffer, M. y Alloy, L.B. (2014). Rejection sensitivity and depression: Mediation by stress generation. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 77(1), 86-97.
- Lorence Lara, B., Jiménez García, L. y Sánchez Hidalgo, J. (2009). Un análisis de los sucesos vitales estresantes experimentados por los adolescentes que crecen en familias usuarias de los servicios sociales comunitarios. *Portularia*, 9 (1), 115-126.
- Luecken, L.J., Kraft, A., Appelhans, B.M. y Enders, C. (2009). Emotional and cardiovascular sensitization to daily stress following childhood parental loss. *Developmental Psychology*, 45(1), 296-302. doi: 10.1037/a0013888.
- Lyons, A.L., Carlson, G.A., Thurm, A.E., Grant, K.E. y Gipson, P.Y. (2006). Gender differences in early risk factors for adolescent depression among low-income urban children. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 12, 644-657. doi: 10.1037/1099-9809.12.4.644.

- Lyons, A.M., Leon, S.C., Roecker Phelps, C.E. y Dunleavy, A.M. (2010). The impact of child symptom severity on stress among parents of children with ASD: The moderating role of coping styles. *Journal of Child and Family Studies*, 19, 516-524. doi: 10.1007/s10826-009-9323-5.
- MacPhee, A.R. y Andrews, J.J.W. (2006). Risk factors for depression in early adolescence. *Adolescence*, 41(163), 435-466.
- Marmostein, N.R., von Ranson, K.M., Iacono, W.G. y Malone, S.M. (2008). Prospective associations between depressive symptoms and eating disorder symptoms among adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*, 41(2), 118-123. doi: 10.1002/eat.
- Martens, M.P. y Haase, R.F. (2006). Advanced applications of structural equation modeling in counseling psychology research. *The Counselling Psychologist*, 34, 878-911. doi: 10.1177/0011000005283395.
- McLaughlin, K.A. y Hatzenbuehler, M.L. (2009). Stressful life events, anxiety sensitivity, and internalizing symptoms in adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(3), 659-669. doi:10.1037/a0016499.
- McLaughlin, K.A., Kubzansky, L.D., Dunn, E.C., Waldinger, R., Vaillant, G. y Koenen, K.C. (2010). Childhood social environment, emotional reactivity to stress, and mood and anxiety disorders across the life course. *Depression and Anxiety*, 27, 1087-1094. doi: 10.1002/da.20762.
- McLaughlin, K.A. y Nolen-Hoeksema, S. (2012). Interpersonal stress generation as mechanism linking rumination to internalizing symptoms in early adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 41(5), 584-597. doi:10.1080/15374416.2012.704840.
- McMahon, S.D., Grant, K.E., Compas, B.E., Thurm, A.E. y Ey, S. (2003). Stress and psychopathology in children and adolescents: Is there evidence of specificity? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 107-133.
- Meehan, S-A., Peirson, A. y Fridjhon, P. (2007). Suicide ideation in adolescent South Africans: The role of gender and coping strategies. *South African Journal of Psychology*, 37(3), 552-575.

- Merikangas, A.K., Mendola, P., Pastor, P.N., Reuben, C.A. y Cleary, S.D. (2012). The association between major depressive disorder and obesity in US adolescents: Results from the 2001-2004 National Health and Nutrition examination survey. *Journal of Behavioral Medicine*, 35, 149-154. doi: 10.1007/s10865-011-9340-x.
- Merlo, L.J. y Lakey, B. (2007). Trait and social influences in the links among adolescent attachment, depressive symptoms, and coping. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36(2), 195-206.
- Metalsky, G.I., Halberstadt, L.J. y Abramson, L.Y. (1987). Vulnerability to depressive mood reactions: Toward a more powerful test of the diathesis-stress and causal mediation components of the reformulated theory of depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52 (2), 386-393.
- Mezulis, A.H., Funasaki, K.S., Charbonneau, A.M. y Hyde, J.S. (2010). Gender differences in the cognitive vulnerability-stress model of depression in the transition to adolescence. *Cognitive Therapy and Research*, 13, 501-513. doi: 10.1007/s10608-009-9281-7.
- Mezulis, A.H., Hyde, J.S. y Abramson, L.Y. (2006). The developmental origins of cognitive vulnerability to depression: Temperament, parenting, and negative life events in childhood as contributors to negative cognitive style. *Developmental Psychology*, 42(6), 1012-1025. doi: 10.1037/0012-1649.42.6.1012.
- Mezulis, A.H., Hyde, J.S., Simonson, J. y Charbonneau, A.M. (2011). Integrating affective, biological, and cognitive vulnerability models to explain the gender difference in depression. En T.J. Strauman, P.R. Costanzo y J. Garber (Eds.). *Depression in adolescent girls. Science and Prevention*. (pp. 64-96). New York: The Guilford Press.
- Mezulis, A.H., Priess, H.A. y Hyde, J.S. (2011). Rumination mediates the relationship between infant temperament and adolescent depressive symptoms. *Depression Research and Treatment*, 1-9. doi:10.1155/2011/487873.
- Mezulis, A., Simonson, J., McCauley, E., y Vander Stoep, A. (2011). The association between temperament and depressive symptoms in adolescence: Brooding and reflection as potential mediators. *Cognition and Emotion*, 25(8), 1460-1470. doi: [10.1080/02699931.2010.543642](https://doi.org/10.1080/02699931.2010.543642).

- Michl, L. C., McLaughlin, K. A., Shepherd, K. y Nolen-Hoeksema, S. (2013). Rumination as a mechanism linking stressful life events to symptoms of depression and anxiety: Longitudinal evidence in early adolescents and adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 122 (2), 339-352. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0031994>.
- Miguel-Tobal, J.J., Cano-Vindel, A., Iruarizaga, I., Gonzalez, H. y Galea, S. (2004a). Consecuencias psicológicas de los atentados terroristas del 11-M en Madrid. Planteamiento general de los estudios y resultados en la población general. *Ansiedad y Estrés*, 10 (2-3), 163-179.
- Miguel-Tobal, J.J., Cano-Vindel, A., Iruarizaga, I., Gonzalez, H. y Galea, S. (2004b). Repercusiones psicopatológicas de los atentados del 11-M en Madrid. *Clínica y Salud*, 15(3), 293-304.
- Mohanraj, R. y Subbaiah, K. (2010). Prevalence of depressive symptoms among urban adolescents in South India. *Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health*, 6(2), 33-43.
- Monroe, S.M. y Harkness, K.L. (2005). Life stress, the “kindling” hypothesis, and the recurrence of depression: Considerations from a life stress perspective. *Psychological Review*, 112, 417-445. doi:10.1037/0033-295X.112.2.417.
- Monroe, S.M., Rohde, P., Seeley, J.R. y Lewinsohn, P.M. (1999). Life events and depression in adolescence: Relationship loss as prospective risk factor for first onset of major depressive disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 606-614. doi: 10.1037/0021-843X.108.4.606.
- Monroe, S.M. y Simons, A.D. (1991). Diathesis-stress theories in the context of life stress research: Implications for the depressive disorders. *Psychological Bulletin*, 110, 406-425.
- Monroe, Torres, Guillaumot, Harkness, Roberts, Frank y Kupfer (2006). Life stress and the long-term treatment course of recurrent depression: III. Non severe life events predict recurrence for medicated patients over 3 years. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(1), 112-120. doi: 10.1037/0022-006X.74.1.112.
- Moreno, E. y Moriana, J.A. (2012). El tratamiento de problemas psicológicos y de salud mental en atención primaria. *Salud Mental*, 35, 315-328.

- Mosher, C.E. y Prelow, H.M. (2007). Active and avoidant coping and coping efficacy as mediators of the relation of maternal involvement to depressive symptoms among urban adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 16, 876-887. doi: 10.1007/s10826-007-9132-7.
- Murberg, T.A. y Bru, E. (2005). The role of coping styles as predictors of depressive symptoms among adolescents: A prospective study. *Scandinavian Journal of Psychology*, 46, 385-393.
- Nelson, D.R., Hammen, C., Daley, S.E., Burge, D. y Davila, J. (2001). Sociotropic and autonomous personality styles: Contributions to chronic life stress. *Cognitive Therapy and Research*, 25(1), 61-76.
- Nicolotti, L., El-Sheikh, M. y Whitson, S.M. (2003). Children`s coping with marital conflict and their adjustment and physical health: Vulnerability and protective functions. *Journal of Family Psychology*, 17(3), 315-326. doi: 10.1037/0893-3200.17.3.315
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 569-582. doi: 10.1037/0021-843X.100.4.569.
- Nolen-Hoeksema, S. (1994). An interactive model for the emergence of gender differences in depression in adolescence. *Journal of Research on Adolescence*, 4, 519-534. doi: 10.1207/s15327795jra0404_5.
- Nolen-Hoeksema, S. (2001). Gender differences in depression. *Current Directions in Psychological Science*, 10, 173-176. doi: 10.1111/1467-8721.00142.
- Nolen-Hoeksema, S. y Girgus, J.S. (1994). The emergence of sex differences in depression in adolescence. *Psychological Bulletin*, 115, 424-443. doi: 10.1037/0033-2909.115.3.424.
- O`Connor, D.B., Jones, F., Conner, M., McMillan, B. y Ferguson, E. (2008). Effects of daily hassles and eating style on eating behavior. *Health Psychology*, 27(1)(Suppl.), S20-S31. doi: 10.1037/0278-6133.27.1(Suppl.).
- Oliva, A., Jiménez, J. y Parra, A. (2009). Protective effect of supportive familiy relationships and the influence of stressful life events on adolescent adjustment. *Anxiety, Stress and Coping*, 22(2), 137-152. doi: 10.1080/10615800802082296.

- Oliva, A., Jiménez, J., Parra, A. y Sánchez-Queija, I. (2008). Acontecimientos vitales estresantes, resiliencia y ajuste adolescente. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13 (1), 53-62.
- Oppenheimer, C.W., Hankin, B.L., Young, J.F. y Smolen, A. (2013). Youth genetic vulnerability to maternal depressive symptoms: 5-HTTLPR as moderator of intergenerational transmission effects in a multiwave prospective study. *Depression and Anxiety* 30, 190–196. doi:10.1002/da.22056.
- Orban, L.A., Stein, R., Koenig, L., Conner, L.C., Rexhouse, E.L., Lewis, J.V. y LaGrange, R. (2010). Coping strategies of adolescents living with HIV: disease-specific stressors and responses. *AIDS Care*, 22(4), 420-430. doi: 10.1080/09540120903193724.
- Organización Mundial de la Salud (2012). Depression. A global crisis. www.wfmh.org.
- Ormel, J., Jeronimus, B.F., Kotov, R., Riese, H., Bos, E.H., Hankin, B., Rosmalen, J.G.M. y Oldehinkel, A.J. (2013). Neuroticism and common mental disorders: Meaning and utility of a complex relationship. *Clinical Psychology Review*, 33, 686–697. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2013.04.003>.
- Pace, U. y Zappulla, C. (2010). Relations between suicidal ideation, depression, and emotional autonomy from parents in adolescence. *Journal of Child and Family Studies*, 19, 747–756. doi: 10.1007/s10826-010-9364-9.
- Padilla, P. y Calvete, E. (2011). Rumiación, género y síntomas depresivos en adolescentes: Adaptación de la Escala de Respuestas Rumiativas del Cuestionario CRSS. *Ansiedad y Estrés*, 17(1), 51-61.
- Pascual, A., Etxebarria, I., Ortega, I. y Ripalda, A. (2012). Gender differences in adolescence in emotional variables relevant to eating disorders. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(1), 59-68.
- Patten, S.B. (2013). Major depression epidemiology from a diathesis-stress conceptualization. *BMC Psychiatry*, 13:19, 1-9. doi:10.1186/1471-244X-13-19.
- Patterson, J. y McCubbin, H. (1987). Adolescent coping style and behaviors: Conceptualization and measurement. *Journal of Adolescence*, 10, 163-186.

- Pedersen, S. y Revenson, T. A. (2005). Parental illness, family functioning, and adolescent well-being: A family ecology framework to guide research. *Journal of Family Psychology*, 19(3), 404-409. doi: 10.1037/0893-3200.19.3.404.
- Pérez, M., Joiner, T.E. y Lewinsohn, P.M. (2004). Is major depressive disorder or dysthymia more strongly associated with bulimia nervosa? *International Journal of Eating Disorders*, 36, 55-61. doi: 10.1002/eat.20020.
- Persike, M. y Seiffge-Krenke, I. (2012). Competence in coping with stress in adolescents from three regions of the world. *Journal of Youth and Adolescence*, 41, 863-879. doi: 10.1007/s10964-011-9719-6.
- Petersen, A.C., Compas, B.E., Brooks-Gunn, J., Stemmler, M., Ey, S. y Grant, K.E. (1993). Depression in adolescence. *American Psychologist*, 48, 155-168. doi:10.1037/0003-066X.48.2.155.
- Pettit, J.W., Hartley, C., Lewinsohn, P.M., Seeley, J.R. y Klein, D.N. (2013). Is liability to recurrent major depressive disorder present before first episode onset in adolescence or acquired after the initial episode? *Journal of Abnormal Psychology*, 122(2), 353-358. doi: 10.1037/a0032655.
- Pettit, J.W., Lewinsohn, P.M., Seeley, J.R., Roberts, R.E. y Yaroslavsky, I. (2010). Developmental relations between depressive symptoms, minor hassles, and major events from adolescence through age 30 years. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(4), 811-824. doi: 10.1037/a0020980.
- Pfaff, D.W., Martin, E.M. y Ribeiro, A.C. (2007). Relations between mechanisms of CNS arousal and mechanisms of stress. *Stress*, 10(4), 316-325. doi: 10.1080/10253890701638030.
- Piccinelli, M. y Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression. Critical review. *British Journal of Psychiatry*, 177, 486-492. doi: 10.1192/bjp.177.6.486.
- Pinquart, M. y Silbereisen, R.K. (2008). *International Journal of Stress Management*, 15(3), 209-221. doi: 10.1037/1072-5245.15.3.209.

- Poongothai, S., Pradeepa, R., Ganesan, A. y Mohan, V. (2009). Prevalence of depression in a large urban South Indian population – The Chennai urban rural epidemiology study (Cures – 70). *PLoS ONE*, 4(9), e7185. doi:10.1371/journal.pone.0007185.
- Potthoff, J.B., Holahan, C.J. y Joiner, T.E. (1995). Reassurance seeking, stress generation, and depressive symptoms: An integrative model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68 (4), 664-670.
- Prinstein, M.J., Borelli, J.L., Cheah, C.S.L., Simon, V.A. y Aikins, J.W. (2005). Adolescent girls' interpersonal vulnerability to depressive symptoms: A longitudinal examination of reassurance-seeking and peer relationships. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(4), 676-688. doi: 10.1037/0021-843X.114.4.676.
- Rafnsson, F.D., Jonsson, F.H. y Windle, M. (2006). Coping strategies, stressful life events, problems behaviors and depressed affect. *Anxiety, stress and coping*, 19(3), 241-257. doi:10.1080/10615800600679111.
- Raposa, E.B., Hammen, C.L., Brennan, P.A., O'Callaghan, F. y Najman, J.M. (2013). Early adversity and health outcomes in young adulthood: The role of ongoing stress. *Health Psychology*, 6(3). doi: 10.1037/a0032752.
- Rawana, J.S. y Kohut, S.A. (2012). Eating attitudes, coping styles, and peer victimization among adolescents with seasonal and nonseasonal depression symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 36, 199–209. doi: 10.1007/s10608-010-9333-z.
- Repetto, P.B., Caldwell, C.H. y Zimmerman, M.A. (2005). A longitudinal study of the relationship between depressive symptoms and cigarette use among African American adolescents. *Health Psychology*, 24(2), 209-219. doi: 10.1037/0278-6133.24.2.209.
- Repetto, P.B., Zimmerman, M.A. y Caldwell, C.H. (2008). A longitudinal study of depressive symptoms and marijuana use in a sample of inner-city African American. *Journal of Research on Adolescence*, 18(3), 421-447.
- Roelofs, J., Rood, L., Meesters, C., Te Dorsthorst, V., Bögels, S., Alloy, L.B. y Nolen-Hoeksema, S. (2009). The influence of rumination and distraction on depressed and anxious mood: A prospective examination of the response styles theory in children and adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 18, 635-642. doi: 10.1007/s00787-009-0026-7.

- Roesch, S.C., Duangado, K.M., Vaughn, A.A., Aldridge, A.A. y Villodas, F. (2010). Dispositional hope and the propensity to cope: A daily diary assessment of minority adolescents. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 16(2), 191–198. doi: 10.1037/a0016114.
- Rohde, P. (2009). Comorbidities with adolescent depression. En S. Nolen-Hoeksema y L.M. Hilt (Eds.), *Handbook of Depression in Adolescents* (pp.139-178). New York: Routledge. Taylor & Francis Group.
- Rohde, P., Beevers, C.G., Stice, E. y O’Neil, K. (2009). Major and minor depression in female adolescents: Onset, course, symptom presentation, and demographic associations. *Journal of Clinical Psychology*, 65(12), 1339-1349. doi: 10.1002/jclp.20629.
- Rohde, P., Seeley, J.R., Kaufman, N.K., Clarke, G.N. y Stice, E. (2006). Predicting time to recovery among depressed adolescents treated in two psychosocial group interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(1), 80-88. doi: 10.1037/0022-006X.74.1.80.
- Rose, A. J. (2002). Co-rumination in the friendships of girls and boys. *Child Development*, 73(6), 1830-1843. doi: 10.1111/1467-8624.00509.
- Rose, A.J., Carlson, W. y Waller, E.M. (2007). Prospective associations of co-rumination with friendship and emotional adjustment: Considering the socioemotional trade-offs of co-rumination. *Developmental Psychology*, 43(4), 1019–1031. doi: 10.1037/0012-1649.43.4.1019.
- Rose, A.J. y Rudolph, K.D. (2006). A review of sex differences in peer relationship processes: Potential trade-offs for the emotional and behavioral development of girls and boys. *Psychological Bulletin*, 132(1), 98-131. doi: 10.1037/0033-2909.132.1.98.
- Rothbaum, F., Weisz, J.R. y Snyder, S.S. (1982). Changing the world and changing the self: A two-process model of perceived control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 5-37.
- Rowlison, R.T. y Felner, R.D. (1988). Major life events, hassles, and adaptation in adolescence: Confounding in the conceptualization and measurement of life stress and adjustment revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55(3), 432-444.

- Rubio, J.M., Markowitz, J.C., Alegría, A., Perez-Fuentes, G., Liu, S-M., Lin, K-H. y Blanco, C. (2011). Epidemiology of chronic and nonchronic major depressive disorder: Results from the national epidemiology survey on alcohol and related conditions. *Depression and Anxiety*, 28, 622-631. doi: 10.1002/da.20864.
- Rudolph, K.D. (2008). Developmental influences on interpersonal stress generation in depressed youth. *Journal of Abnormal Psychology*, 117(3), 673–679. doi:10.1037/0021-843X.117.3.673.
- 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.
- Rudolph, K.D, Flynn, M., Abaied, J., Groot, A. y Thompson, R. (2009). Why is past depression the best predictor of future depression? Stress generation as a mechanism of depression continuity in girls. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 38, 473-485. doi: 10.1080/15374410902976296.
- Rudolph, K.D. y Hammen, C. (1999). Age and gender as determinants of stress exposure, generation, and reactions in youngsters: A transactional perspective. *Child Development*, 70(3), 660–677.
- Rudolph, K. D., Hammen, C., Burge, D., Lindberg, N., Herzberg, D. y Daley, S.E. (2000). Toward an interpersonal life-stress model of depression: The developmental context of stress generation. *Development and Psychopathology*, 12, 215-234. doi: 10.1017/S0954579400002066.
- Rudolph, K.D. y Klein, D.N. (2009). Exploring depressive personality traits in youth: Origins, correlates, and developmental consequences. *Development and Psychopathology*, 21(4), 1155–1180. doi:10.1017/S0954579409990095.
- Rueger, S.Y., Malecki, C.K. y Demaray, M.K. (2008). Gender differences in the relationship between perceived social support and student adjustment during early adolescence. *School Psychology Quarterly*, 23(4), 496–514 doi:. 10.1037/1045-830.23.4.496.
- Rutter, M., Kim-Cohen, J. y Maughan, B. (2006). Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 276-295. doi: 10.1111/j.1469-7610.2006.01614.x.

- Safford, S.M., Alloy, L.B., Abramson, L.Y. y Crossfield, A.G. (2007). Negative cognitive style as a predictor of negative life events in depression-prone individuals: A test of the stress generation hypothesis. *Journal of Affective Disorders*, 99(1-3), 147–154. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2006.09.003>.
- Sahl, J.C., Cohen, L.H. y Dasch, K.B. (2009). Hostility, interpersonal competence, and daily dependent stress: A daily model of stress generation. *Cognitive Therapy and Research*, 33, 199–210. doi: 10.1007/s10608-007-9175-5.
- Sandi, C., Venero, C. y Cordero, M.I. (2001). *Estrés, memoria y trastornos asociados. Implicaciones en el daño cerebral y el envejecimiento*. Barcelona: Ariel.
- Sanz Rodríguez, L.J., Gómez García de la Pedrosa, M., Almendro Marín, M.T., Rodríguez Campos, C., Izquierdo Nuñez, A.M. y Sánchez del Hoyo, P. (2009). Estructura familiar, acontecimientos vitales estresantes y psicopatología en la adolescencia. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 104, vol.31, 501-521.
- Schnider, K.R., Elhai, J.D. y Gray, M.J. (2007). Coping style use predicts posttraumatic stress and complicated grief symptom severity among college students reporting a traumatic loss. *Journal of Counseling Psychology*, 54(3), 344-350. doi: 10.1037/0022-0167.54.3.344.
- Schwartz-Mette, R.A. y Rose, A.J. (2012). Co-rumination mediates contagion of internalizing symptoms within youths' friendships. *Developmental Psychology*, 48 (5), 1355–1365. doi: 10.1037/a0027484.
- Seiffge-Krenke, I. (2004). Adaptive and maladaptive coping styles: Does intervention change anything? *European Journal of Developmental Psychology*, 1(4), 367-382. doi: 10.1080/17405620444000247.
- Seiffge-Krenke, I. (2011). Coping with relationship stressors: A decade review. *Journal of Research on Adolescence*, 21(1), 196-210. doi: 10.1111/j.1532-7795.2010.00723.x
- Seiffge-Krenke, I., Aunola, K. y Nurmi, J-E. (2009). Changes in stress perception and coping during adolescence: The role of situational and personal factors. *Child Development*, 80(1), 259-279. doi:10.1111/j.1467-8624.2008.01258.x.
- Seiffge-Krenke, I. y Klessinger, N. (2000). Long-term effects of avoidant coping on adolescent's depressive symptoms. *Journal of Youth and Adolescence*, 29(6), 617-630.

- Seiffge-Krenke, I., Molinar, R., Ciarano, S., Menna, P., Michel, G., Hoareau, E., Kloep, M. y Hendry, L.B. (2010). Competence in coping with future-related stress in adolescents from France, Italy, Great Britain, and Germany. *Journal of Happiness Studies*, 11, 703-720. doi: 10.1007/s10902-009-9157-2.
- Seiffge-Krenke, I. y Stemmler, M. (2002). Factors contributing to gender differences in depressive symptoms: A test of three developmental models. *Journal of Youth and Adolescence*, 31(6), 405-417. doi: 10.1023/A:1020269918957.
- Seiffge-Krenke, I., Weidemann, S., Fentner, S., Aegenheister, N. y Poeb lau, M. (2001). Coping with school-related stress and family stress in healthy and clinically referred adolescents. *European Psychologist*, 6(2), 123-132.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- Selye, H. (1982). History and present status of the stress concept. En L. Goldberger y S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress. Theoretical and Clinical aspects*. (pp.7-17). New York: The Free Press.
- Shahar, G., Henrich, C.C., Reiner, I.C. y Little, T.D. (2003). Development and initial validation of the brief adolescent life event scale (BALES). *Anxiety, Stress and Coping*, 16(1), 119-128. doi: 10.1080/1061580021000057077.
- Shanahan, L., Copeland, W.E., Costello, E.J. y Angold, A. (2011). Child-, adolescent- and young adult-onset depressions: Differential risk factors in development? *Psychological Medicine*, 41, 2265–2274. doi:10.1017/S0033291711000675.
- Shapero, B.G., Black, S.K., Liu, R.T., Klugman, J., Bender, R.E., Abramson, L.Y. y Alloy, L.B. (2014). Stressful life events and depression symptoms: The Effect of childhood emotional abuse on stress reactivity. *Journal of Clinical Psychology*, 70(3), 209–223. doi: 10.1002/jclp.22011.
- Shapero, B.G., Hamilton, J.L., Liu, R.T., Abramson, L.Y. y Alloy, L.B. (2013). Internalizing symptoms and rumination: The prospective prediction of familial and peer emotional victimization experiences during adolescence. *Journal of Adolescence* 36, 1067–1076. doi: 10.1016/j.adolescence.2013.08.011.

- Shapero, B.G., Hankin, B.L. y Barrocas, A.L. (2013). Stress generation and exposure in a multi-wave study of adolescents: Transactional processes and sex differences. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 32(9), 989-1012.
- Shelton, K.H. y Harold, G.T. (2007). Marital conflict and children's adjustment: The mediating and moderating role of children's coping strategies. *Social development*, 16(3), 497-512. doi: 10.1111/j.1467-9507.2007.00400.x.
- Shih, J.H. (2006). Sex differences in stress generation: An examination of sociotropy/autonomy, stress, and depressive symptoms. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32 (4), 434-446. doi: 10.1177/0146167205282739.
- Shih, J.H. y Auerbach, R.P. (2010). Gender and stress generation: An examination of interpersonal predictors. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(4), 332-344. doi:10.1521/ijct.2010.3.4.332.
- Shih, J.H. y Eberhart, N.K. (2008). Understanding the impact of prior depression on stress generation: Examining the roles of current depressive symptoms and interpersonal behaviours. *British Journal of Psychology*, 99, 413-426. doi: 10.1348/000712607X243341.
- Shih, J.H. y Eberhart, N.K. (2010). Gender differences in the associations between interpersonal behaviors and stress generation. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29(3), 243-255.
- Shih, J.H., Eberhart, N.K., Hammen, C.L. y Brennan, P.A. (2006). Differential exposure and reactivity to interpersonal stress predict sex differences in adolescent depression. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35(1), 103-115. doi:10.1207/s15374424jccp3501_9.
- Simons, A.D., Angell, K.L., Monroe, S.M. y Thase, M.E. (1993). Cognition and life stress in depression: Cognitive factors and the definition, rating, and generation of negative life events. *Journal of Abnormal Psychology*, 102(4), 584-591.
- Skinner, E.A. (1995). Perceived control, motivation and coping. Thousand Oaks, CA: Sage.
- 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. doi:10.1037/0033-2909.129.2.216.

- 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.
- Skinner, E.A. y Zimmer-Gembeck, M.J. (2007). The development of coping. *Annual Review of Psychology*, 58, 119–144. doi: 10.1146/annurev.psych.58.110405.085705.
- Snyder, R. C. y Dinoff, B.L. (1999). Coping: Where have you been? En C.R. Snyder (Ed.) *Coping: The psychology of what works* (pp. 3-19). New York: Oxford University Press.
- Sontag, L.M. y Graber, J.A. (2010). Coping with perceived peer stress: Gender-specific and common pathways to symptoms of psychopathology. *Developmental Psychology*, 46(6), 1605-1620. doi: 10.1037/a0020617.
- Sontag, L.M., Graber, J.A. y Clemans, K.H. (2011). The role of peer stress and pubertal timing on symptoms of psychopathology during early adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 40, 1371–1382. doi: 10.1007/s10964-010-9620-8.
- Spence, S.H., Najman, J.M., Bor, W., O'Callaghan, M.J. y Williams, G.M. (2002). Maternal anxiety and depression, poverty and marital relationship factors during early childhood as predictors of anxiety and depressive symptoms in adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(4), 457-469.
- Stone, L.B., Hankin, B.L., Gibb, B.E. y Abela, J.R.Z. (2011). Co-rumination predicts the onset of depressive disorders during adolescence. *Journal of Abnormal Psychology*, 120(3), 752-757. doi: 10.1037/a0023384.
- Stoolmiller, M., Kim, H.K. y Capaldi, D.M. (2005). The course of depressive symptoms in men from early adolescence to young adulthood: Identifying latent trajectories and early predictors. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(3), 331-345. doi: 10.1037/0021-843X.114.3.331.
- Strauman, T.J., Costanzo, P.R. y Garber, J. (2011). Depression in adolescent girls. Challenges for basic science and prevention. En T.J. Strauman, P.R. Costanzo y J. Garber (Eds.). *Depression in adolescent girls. Science and Prevention*. (pp. 3-21). New York: The Guilford Press.

- Stroud, C.B., Davila, J., Hammen, C. y Vrshek-Schallhorn, S. (2011). Severe and nonsevere events in first onsets versus recurrences of depression: Evidence for stress sensitization. *Journal of Abnormal Psychology*, 120(1), 142-154. doi: 10.1037/a0021659.
- Sund, A.M., Larsson, B. y Wichström, L. (2001). Depressive symptoms among young Norwegian adolescents as measured by The Mood and Feelings Questionnaire (MFQ). *European Child and Adolescent Psychiatry*, 10(4), 222-229.
- Sund, A.M., Larsson, B. y Wichström (2003). Psychosocial correlates of depressive symptoms among 12-14-year-old Norwegian adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(4), 588-597. doi: 10.1111/1469-7610.00147.
- Sund, A.M., Larsson, B. y Wichström (2011). Prevalence and characteristics of depressive disorders in early adolescents in central Norway. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 5: 28. doi:10.1186/1753-2000-5-28.
- Sung, K.M., Puskar, K.R. y Sereika, S. (2006). Psychosocial factors and coping strategies of adolescents in a rural Pennsylvania High School. *Public Health Nursing*, 23(6), 523-530.
- Sutton, J.M., Mineka, S., Zinbarg, R.E., Craske, M.G., Griffith, J.W., Rose, R.D., Waters, A.M., Nazarian, M. y Mor, N. (2011). The relationships of personality and cognitive styles with self-report symptoms of depression and anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 35, 381–393. doi: 10.1007/s10608-010-9336-9.
- Swearingen, E.M. y Cohen, L.H. (1985a). Life events and psychological distress: A prospective study of young adolescents. *Developmental Psychology*, 21(6), 1045-1054.
- Swearingen, E.M. y Cohen, L.H. (1985b). Measurement of adolescents' life events: The junior high life experiences survey. *American Journal of Community Psychology*, 13(1), 69-85.
- Tamres, L.K., Janicki, D. y Helgeson, V.S. (2002). Sex differences in coping behavior: A meta-analytic review and an examination of relative coping. *Personality and Social Psychology Review*, 6, 2-30.

- Taylor, L.K. y Weems, C.F. (2009). What do youth report as a traumatic event? Toward developmentally informed classification of traumatic stressors. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 1(2), 91-106. doi: 10.1037/a0016012.
- Thomsen, A.H., Compas, B.E., Colletti, R.B., Stanger, C., Boyer, M.C. y Konik, B.S. (2002). Parents reports of coping and stress responses in children with recurrent abdominal pain. *Journal of Pediatric Psychology*, 27(3), 215-226.
- Toumbourou, J.W., Williams, I., Letcher, P., Sanson, A. y Smart, D. (2011). Developmental trajectories of internalising behaviour in the prediction of adolescent depressive symptoms. *Australian Journal of Psychology*, 63, 214-223. doi: 10.1111/j.1742-9536.2011.00023.x.
- Towbes, L.C., Cohen, L.H. y Glyshaw, K. (1989). Instrumentality as a life-stress moderator for early versus middle adolescents. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(1), 109-119.
- Twenge, J. y Nolen-Hoeksema, S. (2002). Age, gender, race, socioeconomic status and birth cohort differences on the children's depression inventory: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 578-588. doi: 10.1037/0021-843X.111.4.578.
- Uliaszek, A.A., Zinbarg, R.E., Mineka, S., Craske, M.G., Sutton, J.M., Griffith, J.W., Rose, R., Waters, A. y Hammen, C. (2010). The role of neuroticism and extraversion in the stress-anxiety and stress-depression relationships. *Anxiety, Stress, and Coping*, 23(4), 363-381. doi: 10.1080/10615800903377264.
- Uliaszek, A.A., Zinbarg, R.E., Mineka, S., Craske, M.G., Griffith, J.W., Sutton, J.M., Epstein, A. y Hammen, C. (2012). A longitudinal examination of stress generation in depressive and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(1), 4-15. doi: 10.1037/a0025835.
- Vázquez, F.L. y Blanco, V. (2008). Prevalence of DMS-IV major depression among Spanish university students. *Journal of American College Health*, 57(2), 165-171.
- Velázquez, M, Saez, E. y Rossello, J. (1999). Coping strategies and depression in Puerto Rican adolescents: An exploratory study. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 5(1), 65-75.

- Vulic-Prtoric, A. y Macuka, I. (2006). Family and coping factors in the differentiation of childhood anxiety and depression. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 199-214. doi:10.1348/147608305X52676.
- Wadsworth, M.E. y Compas, B.E. (2002). Coping with economic strain and family conflict: The adolescent perspective. *Journal of Research on Adolescence*, 12, 243-274. doi:10.1111/1532-7795.00033.
- Wadsworth, M.E., Raviv, T., Compas, B.E. y Connor-Smith, J.K. (2005). Parent and adolescent responses to poverty-related stress: Tests of mediated and moderated copings models. *Journal of Child and Families Studies*, 14(2), 283-298. doi: 10.1007/s10826-005-5056-2.
- Wadsworth, M.E., Rieckmann, T., Benson, M.A. y Compas, B.E. (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. doi: 10.1002/jcop.20008.
- Walker, L.S., Smith, C.A., Garber, J. y Claar, R.L. (2005). Testing a model of pain appraisal and coping in children with recurrent abdominal pain. *Health Psychology*, 24, 364-374. doi: 10.1037/0278-6133.24.4.364.
- 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. doi:10.1037/1040-3590.9.4.392.
- Wang, Z. (2013). Coping style and mental health on high school students. *Health*, 5 (2), 170-174. doi:10.4236/health.2013.52023.
- Wang, Z. y Gan, Y. (2011). Coping mediates between social support, neuroticism, and depression after earthquake and examination stress among adolescents. *Anxiety, Stress, and Coping*, 24(3), 343-358. doi: 10.1080/10615806.2010.515026.
- Wang, P.Z., Simon, G. y Kessler, R.C. (2003). The economic burden of depression and the cost-effectiveness of treatment. *International Journal of Methods in Psychiatry Research*, 12 (1), 22-33.

- Watson, D.C. y Sinha, B. (2008). Emotion regulation, coping, and psychological symptoms. *International Journal of Stress Management*, 15(3), 222-234. doi: 10.1037/1072-5245.15.3.222.
- Weinstein, S.M., Mermelstein, R.J., Hedeker, D., Hankin, B.L. y Flay, B. R. (2006). The time-varying influences of peer and family support on adolescent daily and negative affect. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35(3), 420-430. doi: 10.1207/s15374424jccp3503_7.
- 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.
- Wetter, E.K. y Hankin, B.L. (2009). Mediation pathways through which positive and negative emotionality contribute to anhedonic symptoms of depression: A prospective study of adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37(4), 507-520. doi:10.1007/s10802-009-9299-z.
- Wichström, L. (1999). The emergence of gender difference in depressed mood during adolescence: The role of intensified gender socialization. *Developmental Psychology*, 35, 232-245. doi: 10.1037/0012-1649.35.1.232.
- Wichström, L., Berg Nielsen, T.S., Angold, A., Egger, H.L., Solheim, E. y Sveen, T.H. (2012). Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(6), 695-705. doi:10.1111/j.1469-7610.2011.02514.x.
- Wiesner, M. y Kim, H.K. (2006). Co-occurring delinquency and depressive symptoms of adolescents girls and boys: A dual trajectory modelling approach. *Developmental Psychology*, 42(6), 1220-1235. DOI: 10.1037/0012-1649.42.6.1220.
- Willemsen, A.M., Koot, H.M., Ferdinand, R.F., Goossens, F.A. y Schuengel, C. (2008). Change in psychopathology in referred children: The role of life events and perceived stress. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(11), 1175-1183. doi:10.1111/j.1469-7610.2008.01925.x.
- Wills, T.A., Sandy, J.M., Yaeger, A.M., Cleary, S.D. y Shinar, O. (2001). Coping dimensions, life stress, and adolescent substance use: A latent growth analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 110 (2), 309-323. doi: 10.1037//0021-843X.110.2.309.

- Windle, M. y Windle, R.C. (1996). Coping strategies, drinking motives and stressful life events among middle adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 551-560.
- Wright, M., Creed, P. y Zimmer-Gembeck, M.J. (2010). The development and initial validation of a brief daily hassles scale suitable for use with adolescents. *European Journal of Psychological Assessment*, 26(3), 220-226. doi: 10.1027/1015-5759/a000029.
- Young, J. (1999). Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach (3rd ed.). Sarasota: Professional Resources Press.
- Zavos, H.M.S., Gregory, A.M., Lau, J.Y.F. y Eley, T.C. (2011). New behaviour-genetic approaches of depression in childhood and adolescence. Gene-environment interplay and the role of cognitions. En T.J. Strauman, P.R. Costanzo y J. Garber (Eds.). *Depression in adolescent girls. Science and Prevention*. (pp. 35-63). New York: The Guilford Press.
- Ziegert, D.I. y Kistner, J.A. (2002). Response styles theory: Downward extension to children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 31(3), 325-334. doi:10.1207/153744202760082586.
- Zimmer-Gembeck, M.J. y Skinner, E.A. (2011). The development of coping across childhood and adolescence: An integrative review and critique of research. *International Journal of Behavioral Development*, 35(1), 1–17. doi: 10.1177/0165025410384923.
- Zuroff, D.C., Mongrain, M. y Santor, D.A. (2004). Conceptualizing and measuring personality vulnerability to depression: Comment on Coyne and Whiffen (1995). *Psychological Bulletin*, 130(3), 489–511. doi: 10.1037/0033-2909.130.3.489.

ANEXOS



**Universidad de
Deusto**

Estudio sobre estrés en jóvenes

Queremos pedirte tu colaboración para un estudio sobre el estrés y los problemas que tenéis los alumnos y alumnas de edad.

No tienes que poner tu nombre. El cuestionario es anónimo. Tus respuestas serán grabadas junto con las de otros muchos alumnos en un ordenador. De esta manera podremos conocer qué problemas tenéis que resolver las personas de tu edad, cómo lo hacéis y cómo os sentís cuando las cosas van mal.

Somos conscientes de que contestar todas estas preguntas puede resultar aburrido en algunos casos. En ocasiones te puede hacer recordar momentos difíciles o problemas que has tenido. Creemos que también te ayudará a conocerte mejor a ti mismo/a y que te puede resultar interesante. Además, recuerda que si en algún momento te resulta incómodo responder alguna pregunta, puedes dejarla en blanco.

Recuerda que no existen respuestas correctas o incorrectas. Simplemente se trata de que describas lo que piensas y haces en diversas situaciones.

Mas adelante, el año que viene volveremos para preguntarte como ha ido todo en los próximos meses.

En cualquier momento, cuando tengas dudas, puedes consultarlas a las personas que están pasando los cuestionarios. Ellas te ayudarán a entender cualquier pregunta que no veas clara.

Agradecemos muchísimo tu colaboración.

Por favor, contesta con sinceridad.

Datos Generales:

Sexo: Chica () Chico ()

Fecha de Nacimiento:

Número de hermanos:

La edad de la persona más joven de tu casa

Anexo B.Escalas de Acontecimientos Estresantes para adolescentes: *Adolescent Perceived Events Scale* (APES; Compas et al., 1987)

A fin de que podamos tener una idea de 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 sucesos que no hayas experimentado, simplemente indica **“No me ha sucedido”**.

	No me ha sucedido	Nada Estresante	Un poco estresante	Algo estresante	Muy estresante
1. Sentirse presionado por amigos	☐	0	1	2	3
2. Discusiones o problemas con un amigo o amiga	☐	0	1	2	3
3. Muerte de un familiar	☐	0	1	2	3
4. Hospitalización de un familiar	☐	0	1	2	3
5. Estar rodeado de gente desagradable u ofensivos	☐	0	1	2	3
6. Meterse en líos o ser expulsado de la escuela	☐	0	1	2	3
7. Problemas, peleas o discusiones con compañeros/as	☐	0	1	2	3
8. Problemas de dinero	☐	0	1	2	3
9. Sacar malas notas	☐	0	1	2	3
10. Tener pocos o ningún amigo/a	☐	0	1	2	3
11. Discusiones o peleas entre tus padres	☐	0	1	2	3
12. No conseguir hacer algo que quieres	☐	0	1	2	3
13. Discusiones o problemas con tu novio o novia	☐	0	1	2	3
14. Que algo malo le ocurra a un amigo o amiga	☐	0	1	2	3
15. Que tus padres descubran algo que tu no querías que supieran	☐	0	1	2	3
16. No tener tiempo suficiente para estar con tus amigos y familia	☐	0	1	2	3
17. Problemas o discusiones con padres, hermanos/as o familia	☐	0	1	2	3
18. Problemas o discusiones con profesores/as o con el director del colegio	☐	0	1	2	3
19. Muerte de un amigo o amiga	☐	0	1	2	3
20. Tu padre o tu madre pierden su trabajo	☐	0	1	2	3
21. Tus padres se separan	☐	0	1	2	3
22. Ser castigado en casa	☐	0	1	2	3
23. Romper o ser rechazado por tu novio o novia	☐	0	1	2	3
24. Otros compañeros o compañeras se meten contigo	☐	0	1	2	3

Anexo C. Cuestionario de Respuestas al Estrés: *Responses to Stress Questionnaire* (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 qué 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	Un 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, más 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 novio/a ☐

5. Concluyo que estoy bien 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 éste desaparezca que todo se resuelva por sí 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 recurre:
 Padre/madre ☐ Amigo/a ☐ Hermano/a ☐ Un profesional ☐ Dios ☐ Mi novio/a ☐

¿En qué medida haces esto?
Nunca Un poco Algo Mucho

12. Expreso mis sentimientos. Esto lo hago de la/s siguiente/s maneras:

(Recuerda indicar el número.) ---> 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 novio/a ☐

14. Desearía que viniera alguien y me sacara del lío. 0 1 2 3

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 de mi mente el problema o de cómo estoy. 0 1 2 3

19. Consigo la simpatía, la comprensión o apoyo de alguien. 0 1 2 3
(Recuerda indicar el número.) --->

Marca de quien o quienes: Padre/madre ☐ Amigo/a ☐ Hermano/a ☐	
Consejero/profesor ☐ Dios ☐ Mi novio/a ☐	

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: 0 1 2 3
(Recuerda indicar el número.) --->

¿En qué medida haces esto?
Nunca Un poco Algo Mucho

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
-

Anexo D. Los síntomas depresivos del Autoinforme para jóvenes: *Youth Self-Report* (YSR; Achenbach y Rescorla, 2001)

A continuación hay una lista de frases que describen a los jóvenes. Para cada frase que te describe **ahora o durante los últimos seis meses** haz un círculo:

en el número **2** si la frase te describe **muy a menudo o bastante a menudo**

en el número **1** si la frase te describe **algo o algunas veces**

en el número **0** si la descripción **no es cierta** en tu caso

Por favor escribe en letra de imprenta. Asegúrate de contestar todas las preguntas.

0 = No es cierto 1 = Algo, algunas veces cierto 2 = Cierto muy a menudo o bastante a menudo

1. Hay muy pocas cosas que me hacen disfrutar	0	1	2
2. Lloro mucho	0	1	2
3. He intentado hacerme daño deliberadamente	0	1	2
4. Tengo miedo a ciertas situaciones, animales o lugares diferentes del colegio (describe)	0	1	2
5. Tengo miedo de ir al colegio	0	1	2
6. Me siento inferior a los demás o creo que no valgo nada	0	1	2
7. Me siento demasiado culpable	0	1	2
8. Me siento demasiado cansado	0	1	2
9. Hay muy pocas cosas que me hacen disfrutar	0	1	2
10. Duermo menos que la mayoría de los chicos o chicas	0	1	2
11. Cambio de humor y de sentimientos de repente	0	1	2
12. Pienso en matarme	0	1	2
13. No duermo bien (describe)	0	1	2
14. Tengo poca energía	0	1	2
15. Me siento infeliz, triste o deprimido	0	1	2