

EL PAPEL DE LOS ESQUEMAS DISFUNCIONALES TEMPRANOS Y EL AFRONTAMIENTO EN EL DESARROLLO DE SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

María Cámara y Esther Calvete
Universidad de Deusto (España)

Resumen

Este estudio prospectivo examinó la relación entre los esquemas disfuncionales tempranos, el afrontamiento y los síntomas de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. Empleando el modelo de los recursos (Holahan y Moos, 1987) y la terapia centrada en los esquemas (Young y Klosko, 1994), se planteó que la presencia de esquemas disfuncionales tempranos (EDT) predecirían el aumento de síntomas de ansiedad y depresión a través de formas inadecuadas de afrontamiento del estrés. La muestra final se compuso de 374 estudiantes que completaron medidas de EDT, afrontamiento y síntomas. Los datos muestran que las estrategias de distanciamiento, tales como la evitación, la negación y el pensamiento ilusorio, actúan como mediadores parciales y/o totales de la relación entre los EDT y los síntomas. En cambio, las estrategias de afrontamiento de control primario y secundario no resultaron mediadores significativos. En definitiva, el mecanismo a través del cual los EDT desembocan en síntomas es el uso de estrategias de distanciamiento, sobre todo en el caso de los síntomas de ansiedad.

PALABRAS CLAVE: *esquemas cognitivos, afrontamiento, depresión y ansiedad.*

Abstract

The present prospective study examined the relationship among cognitive style, coping, and anxiety and depression symptoms in a sample of undergraduate students. Based on the Resources Model (Holahan & Moos, 1987) and Schema-Focused Therapy (Young & Klosko, 1994), it was hypothesized that the presence of early maladaptive schemas (EMS) would predict an increase in symptoms of anxiety and depression through dysfunctional ways of coping with stress. The final sample consisted of 374 students, who completed measures on EMS, coping strategies, and anxiety and depression symptoms. The results indicate that disengagement coping strategies, such as avoidance, denial, and wishful thinking, are partial and/or total mediators of the relationship between EMS and symptoms.

Instead, the coping strategies of primary and secondary control did not result significant mediators. Ultimately, the mechanism through which the EMS lead to symptoms is the use of disengagement strategies, especially in the case of anxiety symptoms.

KEY WORDS: *cognitive schemas, coping, depression, anxiety.*

Introducción

Numerosos estudios han revelado que la incorporación a la vida universitaria constituye un periodo de especial vulnerabilidad para desarrollar algún trastorno emocional (Bouteyre, Maurel y Bernaud, 2007), llegando a cifras que sugieren que uno de cada tres estudiantes cumple criterios de ansiedad y depresión (Allgöwer, Wardle y Steptoe, 2001). Las exigencias académicas, el cambio del sistema de estudios, conocer a gente nueva y, en algunos casos, abandonar el hogar familiar, caracterizan a esta etapa de transición. Sin embargo, a pesar de la importancia de los acontecimientos estresantes en el proceso de estrés, se ha visto que sólo explican un 15% de la varianza de los síntomas (Smith, Smoll y Ptacek, 1990), de manera que hay que identificar otros factores intervinientes en esta relación. Algunos factores que se han destacado en este contexto son los referentes al afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1984) y a los factores cognitivos y de personalidad que aumentan la vulnerabilidad al estrés (Clark, Watson y Mineka, 1994). El objetivo de este estudio es evaluar conjuntamente el rol del afrontamiento del estrés y de los esquemas disfuncionales tempranos en el desarrollo de síntomas de ansiedad y depresión.

Los modelos de vulnerabilidad cognitiva al estrés (Abramson, Metalsky y Alloy, 1989; Beck, 1976), también denominados *modelos de diátesis-estrés*, postulan que ciertos estilos de pensamiento y procesamiento de la información representan una predisposición que aumenta la vulnerabilidad al desarrollo de síntomas de estrés en presencia de acontecimientos estresantes. La mayoría de estudios que han evaluado este paradigma se han centrado en las *actitudes disfuncionales* (modelo cognitivo de la depresión; Beck, 1976) y/o el *estilo atribucional negativo* (modelo de la desesperanza; Abramson *et al.*, 1989) como factores de vulnerabilidad cognitiva. Sin embargo, son escasos los estudios que se han basado en otros modelos cognitivos más recientes, como el modelo de los esquemas (Young y Klosko, 1994). Según este modelo, como resultado de la interacción entre el temperamento infantil y los estilos de crianza, las personas desarrollan una serie de estructuras estables, conocidas como esquemas disfuncionales tempranos (EDT), que van a sentar las bases del autoconcepto y de la concepción del mundo. Young (1999) elaboró un sistema de clasificación de los esquemas más comunes en las personas que, presumiblemente, subyacen a la psicopatología. A partir de su experiencia clínica, este autor describió estos esquemas organizados en cinco dominios según la interferencia sufrida en las necesidades básicas de la infancia (Young, 1999). En primer lugar, el dominio de Desconexión y rechazo se asocia a un entorno familiar donde las necesidades de afecto, aceptación y estabilidad no se ven cubiertas. En segundo lugar, el dominio

de Autonomía deteriorada surge en un ambiente infantil caótico, sobreprotector y complicado que fracasa en reforzar la independencia de la familia. En tercer lugar, el dominio de Límites deteriorados se ve influido por una educación permisiva, indulgente, sin dirección o con un sentido de superioridad. En cuarto lugar, el dominio de Orientación a los demás se asocia a familias de origen caracterizadas por una aceptación condicionada, donde los niños deben suprimir aspectos importantes de ellos mismos para obtener amor, atención y aprobación. Por último, el dominio de Vigilancia excesiva e inhibición se vincula a un ambiente exigente donde las normas, el deber, el perfeccionismo y el evitar errores están antes que el placer, la alegría y la relajación.

Numerosos estudios han mostrado la relación entre los dominios de los EDT y el desarrollo de diversas formas de desajuste psicológico según patrones específicos de contenido. Por ejemplo, la depresión se ha asociado con los dominios de Desconexión y rechazo (Calvete, Estévez y Corral, 2007a; Hoffart *et al.*, 2005) y Límites deteriorados (Hoffart *et al.*, 2005), mientras que la ansiedad se ha relacionado con los dominios de Autonomía deteriorada, Límites deteriorados y Vigilancia excesiva (McGinn, Cukor y Sanderson, 2005). Sin embargo, una importante limitación de los estudios realizados es que, hasta donde sabemos, están todos basados en diseños transversales, por lo que generan dificultades a la hora de interpretar el sentido de las asociaciones entre esquemas y síntomas.

Por otro lado, dentro de la línea de investigación orientada al rol del afrontamiento en el proceso de estrés, merece ser destacado el modelo transaccional del estrés de Lazarus y Folkman (1984) como uno de los pioneros. Según este modelo, la experiencia de estrés proviene de la discrepancia existente entre los recursos de afrontamiento disponibles para la persona y las demandas de la situación. Desde entonces, se han llevado a cabo numerosos estudios que relacionan las estrategias de afrontamiento con los síntomas de estrés (p. ej., ansiedad y depresión). A pesar de la limitada falta de acuerdo en la taxonomía del afrontamiento (Skinner, Edge, Altman y Sherwood, 2003), una forma relativamente integradora de clasificar las estrategias de afrontamiento es aquella planteada por Compas, Connor-Smith, Thomsen y Wadsworth (1999), quienes distinguen tres categorías o niveles de respuestas al estrés organizadas jerárquicamente. En el nivel superior se encuentran las respuestas *voluntarias* versus *involuntarias*, teniendo en cuenta que el afrontamiento se refiere únicamente al conjunto de respuestas voluntarias. En un segundo nivel, proponen que tanto las respuestas voluntarias como las involuntarias pueden dividirse en aquellas que conllevan la *implicación* con un evento estresante y las que, en cambio, denotan *distanciamiento* (p. ej., negación y evitación). En un tercer nivel, las respuestas voluntarias de implicación pueden diferenciarse, dependiendo de sus objetivos, en respuestas de *control primario* y *control secundario*. Mientras el control primario implica intentos de cambiar la situación o la forma de sentirse, por ejemplo mediante la solución de problemas y la regulación emocional, el control secundario supone una adaptación a la situación a través de estrategias tales como la aceptación o la reestructuración cognitiva. Este modelo, en contraste con clasificaciones anteriores (p. ej., Heckhausen y Schulz, 1995), se basa, por tanto, en la función del afrontamiento

(asimilación vs. acomodación) y cuenta con un importante respaldo empírico (p. ej., Connor-Smith *et al.*, 2000; Connor-Smith y Flachsbart, 2007).

Los distintos estudios realizados con estudiantes universitarios muestran un patrón de peor ajuste psicológico asociado al mayor uso de estrategias de distanciamiento y al menor uso de estrategias de implicación de control primario y secundario en estudios transversales (Connor-Smith y Compas, 2002; Crockett *et al.*, 2007; Dunkley *et al.*, 2000) y longitudinales (Blalock y Joiner, 2000; Brissette, Carver y Scheier, 2002; Steward *et al.*, 1997).

Existen numerosas publicaciones, por tanto, que relacionan por separado el afrontamiento y los factores cognitivos con los síntomas de estrés, pero son menos los estudios que han intentado entender conjuntamente el papel de ambas variables. Asimismo, existe un creciente interés en averiguar los procesos a través de los cuales las variables cognitivas provocan los síntomas de estrés. Una respuesta a estas cuestiones la podemos encontrar en el *modelo de los recursos* (Holahan y Moos, 1987), el cual propone que las estrategias de afrontamiento actúan como procesos mediadores entre los recursos individuales y sociales de la persona y los síntomas de estrés. Mientras que entre los recursos sociales estaría, por ejemplo, el apoyo social, dentro de los recursos individuales se incluyen tanto los factores de personalidad como las variables cognitivas, habiéndose realizado más estudios sobre recursos sociales (Dunkley, Blankstein y Zuroff, 2003; Dunn y Whelton, 2006; Luszczynska, Mohamed y Schwarzer, 2005, entre otros) que sobre recursos individuales (p.ej. Cuevas Toro, Torrecillas, Medina y Díaz Batanero, 2008). No obstante, algunas variables de personalidad (p. ej., neuroticismo, locus de control, autoeficacia, perfeccionismo) influyen en las representaciones del yo y de los demás y, por lo tanto, se solapan con los esquemas. En el presente estudio, pretendemos evaluar como los esquemas influyen en los síntomas de ansiedad y depresión a través de las estrategias de afrontamiento del estrés empleadas por los estudiantes.

Es sorprendente que apenas se haya estudiado la relación entre los EDT y el afrontamiento, a pesar de que Young, Klosko y Weishaar (2003) señalan al afrontamiento como uno de los mecanismos a través de los cuales los esquemas operan. Según estos autores, las personas adoptan estilos de afrontamiento inadecuados en un intento de adaptarse a los esquemas y evitar las emociones que les generan los mismos. Como apoyo a esta idea, Calvete, Corral y Estévez (2007) encontraron que los esquemas se asociaban a los síntomas de ansiedad y depresión de mujeres que sufrían violencia a través de las estrategias de afrontamiento que éstas empleaban para manejar la situación de abuso. No obstante, se trataba de un estudio transversal por lo que queda un importante camino por hacer a la hora de demostrar este modelo. De modo que el presente estudio prospectivo pretende comprobar la hipótesis de que los EDT predicen el aumento de síntomas de ansiedad y depresión a través de formas inadecuadas de afrontamiento del estrés. En particular, esperamos que los mecanismos consistirían en un mayor uso de estrategias de afrontamiento de distanciamiento (p. ej., evitación, negación y pensamiento ilusorio) y un menor uso de estrategias de control primario (p. ej., solución de problemas, regulación y expresión emocional) y secundario (p. ej., distracción, pensamiento positivo, reestructuración cognitiva y aceptación).

Método

Participantes

Al tratarse de un estudio prospectivo, se realizó en dos tiempos (T1 y T2) distanciados por cinco meses. La muestra inicial fue de 658 estudiantes universitarios de primero y segundo curso de la Universidad de Deusto y la Universidad del País Vasco, de los cuales sólo 374 participaron en el T2, de manera que se perdió un 43,2% de los participantes. La edad media fue de 19,16 años ($DT= 1,69$) en el T1 y 19.01 ($DT= 1,62$) en el T2. La distribución según el sexo fue de 426 (65,2%) mujeres y 227 (34,8%) hombres en el T1 y de 249 (67,1%) mujeres y 122 (32,9%) hombres en el T2. Se comparó a los estudiantes que permanecieron en el estudio con los que abandonaron en todas las variables del estudio del T1. La única diferencia significativa se obtuvo para el número de eventos estresantes experimentado que fue algo más alto en los que abandonaron ($M= 11,44$ vs. $M= 10,58$; $F(1, 649)= 5,91$; $p< 0,05$).

Procedimiento

En primer lugar se contactó con profesores de las facultades de Psicología, Informática, Turismo, Ingeniería Industrial de la Universidad de Deusto y la Escuela de Magisterio del País Vasco que acordaron ceder una hora de su clase. La administración de la batería de test estandarizados de tipo autoinforme se efectuó por los miembros del equipo que proporcionaron las instrucciones sobre el objetivo del estudio, el carácter voluntario y anónimo del mismo, así como la forma de completar los cuestionarios. Con el fin de vincular los datos de la primera medición con la segunda, se pidió a los participantes utilizar un código con las iniciales de su tercer y cuarto apellidos (que habitualmente sólo conoce el participante) junto a la fecha de nacimiento y el sexo, permitiendo así conservar el carácter anónimo del mismo. Ninguna de las aplicaciones tuvo lugar cerca del periodo de exámenes.

Instrumentos

Para evaluar la presencia de acontecimientos estresantes se incluyeron el "Cuestionario de estrés vital" (*Life Stress Questionnaire*, LSQ; Wadsworth, Raviv, Compas y Connor-Smith, 2005) y el "Cuestionario de estrés social" (*Social Stress Questionnaire*, SSQ; Connor-Smith y Compas, 2002). Ambos constan de un breve listado de sucesos estresantes seleccionados de la "Escala de acontecimientos percibidos para adolescentes" (*Adolescent Perceived Events Scale*, APES; Compas, Davis, Forsythe y Wagner, 1987) que han sido adaptados a jóvenes españoles previamente (Connor-Smith y Calvete, 2004). Los participantes deben indicar si tales acontecimientos han sucedido en sus vidas recientemente (en los últimos seis meses). En caso afirmativo deben además evaluar en qué medida fueron estresantes o problemáti-

cos, empleando una escala que va desde *nada estresante* (0) hasta *muy estresante* (3). De esta manera, se obtuvieron puntuaciones del número total de acontecimientos experimentados así como del grado de estrés percibido que provocaban estos acontecimientos. Los índices de consistencia interna obtenidos para la escala de número de sucesos fueron de .83 en el T1 y de .75 en el T2, y para la escala de estrés percibido .89 en el T1 y .84 en el T2.

Las respuestas de afrontamiento a los eventos estresantes indicados previamente se midieron con el "Cuestionario de respuestas al estrés" (*Responses to Stress Questionnaire* RSQ; Connor-Smith *et al.*, 2000). El RSQ consiste en 19 subescalas de tres ítems cada una, que se agrupan en cinco factores de segundo orden. Sin embargo en este estudio se utilizaron únicamente los tres factores de afrontamiento voluntario que se recogen en un total de 30 ítems. Los factores que lo componen son: el *afrontamiento de implicación de control primario*, que consiste en las subescalas de solución de problemas, regulación emocional y expresión emocional; el *afrontamiento de implicación de control secundario*, compuesto por las subescalas de distracción, pensamiento positivo, reestructuración cognitiva y aceptación; y por último el *afrontamiento de distanciamiento*, compuesto por las subescalas de evitación, negación y pensamiento ilusorio. Este modelo de respuestas al estrés se ha validado en múltiples muestras mediante análisis factorial confirmatorio y las escalas tienen una fuerte consistencia interna, fiabilidad test-retest, validez de constructo y validez de criterio (p. ej., Connor-Smith *et al.*, 2000). El RSQ ha sido validado a nuestra cultura con una muestra de jóvenes españoles (Connor-Smith y Calvete, 2004). El coeficiente alpha obtenido en este estudio para cada una de las escalas fue .67 (Afrontamiento de control primario), .68 (Afrontamiento de control secundario) y .62 (Afrontamiento de distanciamiento).

Los esquemas cognitivos se evaluaron a través del "Cuestionario de esquemas - forma reducida" (*Schema Questionnaire-Short Form*, SQ-SF; Young y Brown, 1994). Aunque el cuestionario original mide 18 esquemas disfuncionales tempranos, el SQ-SF es un cuestionario de 75 ítems que evalúa 15 esquemas, organizados en los cinco dominios mencionados. Los participantes tenían que puntuar los ítems usando una escala likert de 6 puntos (1= *totalmente falso*, 6= *me describe perfectamente*). El dominio de *Desconexión/Rechazo* está constituido por los esquemas de Abandono, Abuso, Privación Emocional, Imperfección y Aislamiento Social. El dominio de *Autonomía deteriorada* lo forman los esquemas de Dependencia, Vulnerabilidad al daño, Apego y Fracaso. En tercer lugar, los esquemas de Grandiosidad y Autocontrol insuficiente que se encuentran dentro del dominio de *Límites deteriorados*. En cuarto lugar, el dominio de *Orientación a los demás* incluye los esquemas de Autosacrificio y Subyugación. Por último, el dominio de *Vigilancia excesiva* donde se hallan los esquemas de Inhibición emocional e Estándares inalcanzables. Varios estudios han validado la estructura factorial y el valor predictivo del YSQ-SF (p. ej., Calvete, Estévez, López de Arroyabe y Ruiz, 2005). Los índices de consistencia interna encontrados (evaluados a través del alpha de Cronbach) son adecuados: .91 (Desconexión), .86 (Autonomía deteriorada), .74 (Límites deteriorados), .77 (Orientación a los demás) y .72 (Vigilancia excesiva).

La "Escala de depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos" (*Center for Epidemiological Studies - Depression*, CES-D; Radloff, 1977) se utilizó para medir los síntomas depresivos. Se evalúan cuatro factores de la depresión: Afecto depresivo, Afecto positivo, Disminución psicomotora y Dificultades interpersonales. Esta escala consiste en 20 afirmaciones que deben evaluarse en una escala de cuatro puntos (0= *nunca o rara vez*, 3= *siempre o la mayor parte del tiempo*). Estudios previos con la versión española han confirmado su estructura factorial y han mostrado un coeficiente alpha de .90 en estudiantes universitarios (Calvete y Cardeñoso, 1999). Los coeficientes alpha obtenidos en este estudio fueron de .90 en el T1 y .88 en el T2.

La subescala de Ansiedad del "Cuestionario SCL-90-R" (*Symptom Check List-90-Revised*; Derogatis, 2002) evalúa las manifestaciones clínicas de la ansiedad, tanto generalizada como aguda ("*pánico*"). El formato de respuesta se presenta en una escala de 0 (*en absoluto presente*) hasta 4 (*extremadamente presente*) en relación a un listado de 10 síntomas de ansiedad. Los coeficientes de consistencia interna del SCL-90 son altos y tiene una fiabilidad test-retest buena a lo largo de un período de dos semanas (Derogatis, 1983). El coeficiente alpha obtenido para la subescala de ansiedad en este estudio fue de .88 tanto en el T1 y como en el T2.

Resultados

Estadísticos generales

En las tablas 1 y 2 se muestran los descriptivos generales de las variables utilizadas en este estudio y los coeficientes de correlación entre ellas: sucesos estresantes (T1 y T2), estrategias de afrontamiento, esquemas cognitivos, ansiedad y depresión (T1 y T2).

Afrontamiento como mediador de la relación entre esquemas y síntomas psicológicos

Para comprobar la hipótesis de que la relación entre los esquemas y el aumento en los síntomas de ansiedad y depresión estaba mediada por las conductas de afrontamiento se siguió el procedimiento recomendado por varios autores utilizando la regresión múltiple en tres pasos (Baron y Kenny, 1986; Calvete, 2009; Frazier, Tix y Barron, 2004). En un primer paso, el esquema debe estar significativamente asociado a los síntomas psicológicos. En un segundo paso, el esquema debe estar asociado significativamente con las potenciales variables mediadoras. En el tercer paso, las conductas de afrontamiento deben asociarse con los síntomas psicológicos cuando los efectos de los esquemas están controlados. En este estudio, el tercer paso se basó en un análisis de mediación múltiple y no de mediación simple porque los efectos significativos de un mediador en el análisis de mediación simple pueden estar explicados por otros mediadores del modelo (MacKinnon, 2000). El paso final consiste en mostrar que la fuerza de la asociación entre esquemas y la sintomatología se reduce significativamente cuando los mediadores se añaden al

Tabla 1

Descriptivos generales para los síntomas de ansiedad y depresión, los sucesos estresantes, las estrategias de afrontamiento y los dominios de los esquemas (N en T1=658; N en T2=374)

Variables psicológicas	M	DT
1. Depresión T1	16,28	9,83
2. Depresión T2	16,17	8,76
3. Ansiedad T1	9,56	7,76
4. Ansiedad T2	9,32	7,19
5. Sucesos estresantes T1	10,91	4,55
6. Sucesos estresantes T2	9,87	5,45
7. Afrontamiento de control primario	2,05	0,47
8. Afrontamiento de control secundario	1,63	0,46
9. Afrontamiento de distanciamiento	1,18	0,49
10. Dom. Desconexión y rechazo	53,13	18,41
11. Dom. Autonomía deteriorada	39,86	12,92
12. Dom. Límites deteriorados	25,63	7,44
13. Dom. Orientación a los otros	25,13	7,57
14. Dom. Vigilancia excesiva	26,31	7,53

modelo. Si la mediación es perfecta, el efecto del esquema no será significativo, mostrando que las estrategias de afrontamiento median completamente la relación. Si la asociación entre el esquema y los síntomas psicológicos permanece significativa, las estrategias de afrontamiento son consideradas mediadores parciales. Asimismo, se introdujeron las puntuaciones de depresión y ansiedad en el T1 como variables predictoras con el fin de controlar su influencia.

RESULTADOS PARA LOS SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN

La tabla 3 resume los resultados de los análisis de mediación para los síntomas de depresión. En cuanto al dominio de *autonomía deteriorada*, en el primer paso este dominio se asoció significativamente al aumento de los síntomas de depresión. En el segundo paso, el dominio de autonomía se asoció significativamente con un mayor uso del distanciamiento y menor uso del afrontamiento de control secundario. Por último, en el tercer paso, las estrategias de afrontamiento no se asociaron a los síntomas de depresión, lo cual indica que no actuaban como mediadores entre el dominio de autonomía y el aumento de depresión.

En el caso del dominio de *desconexión y rechazo* se obtuvo una mediación parcial a través del distanciamiento. El test de Sobel fue significativo ($z = 2,01$; $p < 0,05$). Asimismo, el dominio de *límites deteriorados* predijo significativamente el aumento de los síntomas de depresión y esto estuvo parcialmente mediado por la estrategia de afrontamiento de distanciamiento, siendo el test de Sobel

Tabla 2
Correlaciones entre los síntomas de ansiedad y depresión, los sucesos estresantes, las estrategias de afrontamiento y los dominios de los esquemas (N en T1=658; N en T2=374)

Variables psicológicas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. Depresión T1	1													
2. Depresión T2	0,63**	1												
3. Ansiedad T1	0,65**	0,49**	1											
4. Ansiedad T2	0,44**	0,64**	0,51**	1										
5. Sucesos estresantes T1	0,26**	0,30**	0,21**	0,24**	1									
6. Sucesos estresantes T2	0,27**	0,40**	0,19**	0,33**	0,44**	1								
7. Control primario	-0,04	0,03	0,08*	0,08	0,04	0,07	1							
8. Control secundario	-0,14**	-0,12*	-0,04	-0,07	0,01	-0,01	0,38**	1						
9. Distanciamiento	0,40**	0,38**	0,36**	0,33**	0,16**	0,15**	0,09*	0,24**	1					
10. Dom. Desconexión y rechazo	0,61**	0,55**	0,53**	0,43**	0,23**	0,15**	-0,05	-0,10**	0,41**	1				
11. Dom. Autonomía deteriorada	0,57**	0,52**	0,54**	0,44**	0,19**	0,21**	0,01	-0,07*	0,46**	0,71**	1			
12. Dom. Límites deteriorados	0,46**	0,41**	0,38**	0,31**	0,25**	0,17**	0,04	-0,02	0,36**	0,61**	0,57**	1		
13. Dom. Orientación a los otros	0,49**	0,48**	0,45**	0,35**	0,29**	0,18**	0,07	-0,02	0,36**	0,67**	0,61**	0,51**	1	
14. Dom. Vigilancia excesiva	0,30**	0,27**	0,31**	0,25**	0,11**	0,03	-0,11**	-0,01	0,23**	0,59**	0,48**	0,46**	0,50**	1

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$.

Tabla 3

Análisis de mediación para los dominios de esquemas, afrontamiento y el aumento de síntomas de depresión

Variable predictora	<i>B</i>	<i>ET</i>	<i>B</i>	<i>T</i>		Variable criterio
Paso 1 $R^2= 0,34$; $F(2, 371)= 96,35^{**}$						
Depresión T1	-0,56	0,04	-0,69	-13,52 ^{**}		Depresión T2
Autonomía	0,16	0,03	0,25	4,91 ^{**}		Depresión T2
Paso 2						
Autonomía	0,02	0,00	0,01	0,17 ^{ns}		Control primario
Autonomía	0,00	0,00	-0,08	-2,16 [*]		Control secundario
Autonomía	0,02	0,00	0,46	13,14 ^{**}		Distanciamiento
Paso 3 $R^2= 0,38$; $F(5, 364)= 40,56^{**}$						
Depresión T1	-0,59	0,04	-0,72	-13,8 [*]		Depresión T2
Autonomía	0,14	0,04	0,22	4,02 ^{**}		Depresión T2
Control primario	0,55	0,80	0,03	0,69 ^{ns}		Depresión T2
Control secundario	-1,54	0,85	-0,08	-1,80 ^{ns}		Depresión T2
Distanciamiento	1,58	0,86	0,10	1,83 ^{ns}		Depresión T2
Paso 1 $R^2= 0,34$; $F(2, 371)= 102,09^{**}$						
Depresión T1	-0,58	0,04	-0,72	-13,97 ^{**}		Depresión T2
Rechazo	0,13	0,02	0,29	5,67 ^{**}		Depresión T2
Paso 2						
Rechazo	0,00	0,00	-0,05	-1,37 ^{ns}		Control primario
Rechazo	0,00	0,00	-0,10	-2,61 [*]		Control secundario
Rechazo	0,01	0,00	0,41	11,53 ^{**}		Distanciamiento
Paso 3 $R^2= 0,37$; $F(5, 364)= 42,98^{**}$						
Depresión T1	-0,62	0,04	-0,76	-14,21 ^{**}		Depresión T2
Rechazo	0,12	0,02	0,26	4,93 ^{**}		Depresión T2
Control primario	0,77	0,79	0,04	0,97 ^{ns}		Depresión T2
Control secundario	-1,51	0,85	-0,08	-1,78 ^{ns}		Depresión T2

Variable predictora	<i>B</i>	<i>ET</i>	<i>B</i>	<i>T</i>		Variable criterio
Distanciamiento	1,69	0,83	0,10	2,04*		Depresión T2
Paso 1 $R^2= 0,31$; $F(2, 371)= 84,88^{**}$						
Depresión T1	-0,50	0,04	-0,61	-12,55**		Depresión T2
Límites	0,15	0,05	0,14	2,84*		Depresión T2
Paso 2						
Límites	0,00	0,00	0,04	0,93 ^{ns}		Control primario
Límites	0,00	0,00	-0,02	-0,59 ^{ns}		Control secundario
Límites	0,02	0,00	0,36	9,86**		Distanciamiento
Paso 3 $R^2= 0,34$; $F(5, 364)= 37,11^{**}$						
Depresión T1	-0,55	0,04	-0,68	-13,02**		Depresión T2
Límites	0,12	0,05	0,11	2,14*		Depresión T2
Control primario	0,58	0,81	0,03	0,72 ^{ns}		Depresión T2
Control secundario	-1,79	0,86	-0,10	-2,07*		Depresión T2
Distanciamiento	2,42	0,84	0,15	2,89*		Depresión T2
Paso 1 $R^2= 0,33$; $F(2, 371)= 92,75^{**}$						
Depresión T1	-0,54	0,04	-0,66	-13,30**		Depresión T2
Otros	0,24	0,05	0,22	4,37**		Depresión T2
Paso 2						
Otros	0,00	0,00	0,07	1,88 ^{ns}		Control primario
Otros	0,00	0,00	-0,03	-0,68 ^{ns}		Control secundario
Otros	0,02	0,00	0,36	9,90**		Distanciamiento
Paso 3 $R^2= 0,36$; $F(5, 364)= 40,15^{**}$						
Depresión T1	-0,59	0,04	-0,72	-13,70**		Depresión T2
Otros	0,21	0,06	0,20	3,84**		Depresión T2
Control primario	0,36	0,80	0,02	0,45 ^{ns}		Depresión T2
Control secundario	-1,66	0,85	-0,09	-1,95 ^{ns}		Depresión T2
Distanciamiento	2,15	0,83	0,13	2,60*		Depresión T2

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$.

significativo ($z = 2,80$; $p < 0,01$). El mismo resultado se observó para el dominio de *orientación a los demás* ($z = 2,54$; $p < 0,05$). Por último, el dominio de *vigilancia excesiva* no se asoció significativamente al aumento de la depresión y, por tanto, no se siguió adelante con el test de mediación.

RESULTADOS PARA LOS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD

Empleando el mismo procedimiento, se estudió el posible papel mediador de las estrategias de afrontamiento en la relación entre los esquemas y el aumento de los síntomas de ansiedad en el T2 (tabla 4). Tal y como se observa, el dominio de *autonomía deteriorada* predijo significativamente el aumento de los síntomas de ansiedad y el uso de estrategias de distanciamiento explicó parte de dicha asociación, $z = 2,25$; $p < 0,05$. Similarmente, la asociación entre el dominio de *desconexión y rechazo* y el aumento de la ansiedad fue significativa y según el test de Sobel la mediación a través del distanciamiento fue parcial y significativa ($z = 2,50$; $p < 0,05$).

En el caso del dominio de *límites deteriorados*, la mediación a través de las estrategias de afrontamiento de distanciamiento no solo fue significativa ($z = 3,02$; $p < 0,05$) sino total.

El dominio de *orientación a los demás* se asoció significativamente con el aumento de los síntomas de ansiedad y esta asociación estuvo parcialmente mediada por las estrategias de afrontamiento de distanciamiento ($z = 2,92$; $p < 0,05$). Por último, el dominio de *vigilancia excesiva* no predijo el aumento de la ansiedad en el T2 y, por tanto, no se siguió adelante con el test de mediación.

Discusión

El modelo de los recursos (Holahan y Moos, 1987) propone que los recursos individuales y sociales de la persona influirán en el ajuste psicológico mediante el uso de distintas estrategias de afrontamiento. Combinando este modelo con el de la terapia centrada en los esquemas (Young y Klosko, 1994), en este estudio se planteó la hipótesis de que los esquemas predecirían el aumento de los síntomas de ansiedad y depresión a través del uso de estrategias de afrontamiento.

Los resultados muestran que la presencia de esquemas disfuncionales predice el aumento de los síntomas de ansiedad y depresión cinco meses después en estudiantes universitarios y, lo que es más importante, que la influencia de dichos esquemas en los síntomas está en parte mediada por las estrategias de afrontamiento empleadas para manejar los eventos estresantes.

El papel mediador fundamental fue ejercido por el uso de estrategias de distanciamiento. Además, en el caso del dominio de Límites deteriorados, la mediación fue total para los síntomas de ansiedad. Es decir, aquellas personas con dificultad para respetar los derechos de los demás, cooperar, comprometerse o establecer objetivos personales realistas tienden a utilizar estrategias como la evitación, y esto contribuye a que experimenten ansiedad. Mediaciones parciales de las estrategias de distan-

Tabla 4

Análisis de mediación para los dominios de esquemas, afrontamiento y el aumento de síntomas de ansiedad

Variable Predictora	<i>B</i>	<i>ET</i>	<i>B</i>	<i>T</i>		Variable Criterio
Paso 1 $R^2= 0,32$; $F(2, 370)= 87,56^{**}$						
Ansiedad T1	-0,63	0,05	-0,66	-12,85**		Ansiedad T2
Autonomía	0,13	0,03	0,22	4,30**		Ansiedad T2
Paso 2						
Autonomía	0,00	0,00	0,01	0,17 ^{ns}		Control primario
Autonomía	0,00	0,00	-0,08	-2,16*		Control secundario
Autonomía	0,02	0,00	0,46	13,14**		Distanciamiento
Paso 3 $R^2= 0,33$; $F(5, 363)= 36,19^{**}$						
Ansiedad T1	-0,65	0,05	-0,68	-12,98**		Ansiedad T2
Autonomía	0,00	0,03	0,17	3,00*		Ansiedad T2
Control primario	0,34	0,74	0,02	0,46 ^{ns}		Ansiedad T2
Control secundario	-1,15	0,78	-0,07	-1,48 ^{ns}		Ansiedad T2
Distanciamiento	1,76	0,78	0,12	2,26*		Ansiedad T2
Paso 1 $R^2= 0,32$; $F(2, 370)= 86,49^{**}$						
Ansiedad T1	-0,62	0,05	-0,64	-12,81**		Ansiedad T2
Rechazo	0,09	0,02	0,21	4,12**		Ansiedad T2
Paso 2						
Rechazo	0,00	0,00	-0,05	-1,37 ^{ns}		Control primario
Rechazo	0,00	0,00	-0,10	-2,61*		Control secundario
Rechazo	0,01	0,00	0,41	11,53**		Distanciamiento
Paso 3 $R^2= 0,33$; $F(5, 363)= 36,17^{**}$						
Ansiedad T1	-0,65	0,05	-0,67	-13,01**		Ansiedad T2
Rechazo	0,07	0,02	0,16	2,99*		Ansiedad T2
Control primario	0,47	0,74	0,03	0,64 ^{ns}		Ansiedad T2
Control secundario	-1,14	0,78	-0,07	-1,47 ^{ns}		Ansiedad T2

Variable Predictora	<i>B</i>	<i>ET</i>	<i>B</i>	<i>T</i>		Variable Criterio
Distanciamiento	1,93	0,75	0,13	2,57*		Ansiedad T2
Paso 1 $R^2= 0,30$; $F(2, 370)= 79,86^{**}$						
Ansiedad T1	-0,56	0,05	-0,58	-12,49**		Ansiedad T2
Límites	0,13	0,05	0,13	2,74*		Ansiedad T2
Paso 2						
Límites	0,00	0,00	0,04	0,93 ^{ns}		Control primario
Límites	0,00	0,00	-0,02	-0,59 ^{ns}		Control secundario
Límites	0,02	0,00	0,36	9,86**		Distanciamiento
Paso 3 $R^2= 0,32$; $F(5, 363)= 34,35^{**}$						
Ansiedad T1	-0,61	0,05	-0,63	-12,87**		Ansiedad T2
Límites	0,08	0,05	0,08	1,64 ^{ns}		Ansiedad T2
Control primario	0,27	0,75	0,02	0,36 ^{ns}		Ansiedad T2
Control secundario	-1,33	0,78	-0,09	-1,71 ^{ns}		Ansiedad T2
Distanciamiento	2,34	0,75	0,16	3,13*		Ansiedad T2
Paso 1 $R^2= 0,31$; $F(2, 370)= 81,71^{**}$						
Ansiedad T1	-0,58	0,05	-0,60	-12,60**		Ansiedad T2
Otros	0,15	0,05	0,15	3,19*		Ansiedad T2
Paso 2						
Otros	0,00	0,00	0,07	1,88 ^{ns}		Control primario
Otros	0,00	0,00	-0,03	-0,68 ^{ns}		Control secundario
Otros	0,02	0,00	0,36	9,90**		Distanciamiento
Paso 3 $R^2= 0,32$; $F(5, 363)= 34,87^{**}$						
Ansiedad T1	-0,62	0,05	-0,64	-12,94**		Ansiedad T2
Otros	0,10	0,05	0,11	2,12*		Ansiedad T2
Control primario	0,20	0,75	0,01	0,27 ^{ns}		Ansiedad T2
Control secundario	-1,26	0,78	-0,08	-1,61 ^{ns}		Ansiedad T2
Distanciamiento	2,24	0,74	0,15	3,01*		Ansiedad T2

Nota: * $p < 0,05$, ** $p < 0,001$.

ciamiento también se encontraron para los dominios de Autonomía deteriorada, Desconexión y rechazo y Orientación a los demás en relación con la ansiedad. Dicho de otro modo, los estudiantes excesivamente dependientes, con la creencia de que sus necesidades de seguridad, estabilidad y aceptación no van a ser satisfechas y con un excesivo foco en los deseos de las otras personas van a experimentar más ansiedad en parte porque evitan, niegan o fantasean sobre sus problemas.

En cuanto a los síntomas de depresión, se encontró que el afrontamiento de distanciamiento actuaba como mediador del impacto de los dominios de Desconexión y rechazo, Límites deteriorados y Orientación a los demás. De modo que los estudiantes que presentan esquemas negativos en estos ámbitos tienden a evitar o negar los problemas, sin intentar ver la parte positiva o aceptarlos, lo que les lleva a experimentar más síntomas de depresión. Por tanto, los datos refuerzan las conclusiones de los estudios que muestran consistentemente que algunas características personales conducen a más síntomas de depresión a través del mayor uso de estrategias de afrontamiento de distanciamiento (Aspinwall y Taylor, 1992; Brissette *et al.*, 2002; Calvete, Estévez *et al.*, 2007a; Carver *et al.*, 1993; Dunkley *et al.*, 2000; Dunkley *et al.*, 2003; Dunn y Whelton, 2006; Fleishman *et al.*, 2000).

Es importante indicar que nuestro estudio añade validez predictiva puesto que ninguno de los estudios mencionados era longitudinal. En el caso de los estudios transversales previos no podía descartarse la hipótesis alternativa de que el mayor uso de distanciamiento fuera una consecuencia de la depresión. Además, solamente se ha encontrado un estudio previo que evalúe esta hipótesis con los esquemas y el afrontamiento conjuntamente (Calvete, Corral *et al.*, 2007), y se trataba también de un estudio transversal.

Asimismo, hay que señalar que, en contra de nuestra hipótesis, las estrategias de afrontamiento de control primario y secundario fallaron como mecanismos mediadores de la relación entre los dominios de los esquemas y los síntomas. Como se ha descrito, en este estudio fue el afrontamiento de distanciamiento el que explicó fundamentalmente la asociación entre esquemas y síntomas.

Contrastando los resultados para ansiedad y depresión, los modelos de mediación de este estudio explicaron mayor porcentaje de la varianza para la ansiedad que para la depresión. Por ejemplo, el porcentaje de varianza que explica la mediación para la asociación entre el dominio de Orientación a los demás y síntomas es del 30% para la ansiedad frente al 10% para la depresión. Desde el modelo de la Vulnerabilidad Inminente se afirma que las personas con ansiedad tienen una necesidad imperante de pasar a la acción y de llevar a cabo conductas autoprotectoras (Riskind y Williams, 2006). Asimismo, la depresión implica un déficit motivacional en la persona, el cual le lleva a una lentitud en las respuestas voluntarias y a la ausencia de conductas activas (Seligman, 1973).

Este estudio coincide no sólo con el modelo de los recursos sino también con el modelo de Lazarus y Folkman (1984) en que la evaluación cognitiva, dependiente de las estructuras cognitivas fundamentales, afecta a la elección del afrontamiento. Es más, son varios los estudios que han avalado que la evaluación precede al afrontamiento (p. ej., Bouchard, Guillemette y Landry-Léger, 2004; Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis y Gruen, 1986).

Por último, hay que tener en cuenta que la terapia cognitiva presenta a los esquemas o a las creencias fundamentales como responsables de dirigir los procesos y productos cognitivos, influyendo así en las conductas y emociones (Beck, 1976; Ingram y Kendall, 1986). Este modelo es coherente con la noción de los esquemas cognitivos guiando los procesos de afrontamiento. Es más, dentro de la terapia centrada en los esquemas, Young *et al.* (2003) proponen a la evitación como uno de los mecanismos a través de los cuales los esquemas funcionan en la persona. De modo que desde varios modelos, el estilo cognitivo y el afrontamiento han demostrado estar estrechamente relacionados.

Con todo, este estudio tiene también importantes limitaciones. En primer lugar, un porcentaje considerable de participantes no contestó los cuestionarios en el T2 por no encontrarse en el aula (43,2%), lo que pudo contaminar la composición de la muestra y dificultar la obtención de datos significativos. Aunque los análisis mostraron que los estudiantes que abandonaron el estudio puntuaban igual que el resto en todas las variables del estudio, con la excepción del número de eventos estresantes, no puede descartarse que se produjeran diferencias en el transcurso del tiempo. Por ejemplo, las personas que dejan de acudir a clase en el segundo trimestre podrían haberse caracterizado por un mayor fracaso escolar en los exámenes, aspecto que no pudimos evaluar. De ser así, este fracaso pudo ir asociado a una mayor sintomatología y otros cambios en las variables de interés.

En segundo lugar, este estudio empleó una estrategia basada en modelos de regresión múltiple para el estudio de la mediación, la cual constituye un método muy extendido y aceptado (Calvete, 2009; Frazier *et al.*, 2004). Sin embargo, una vez mostrado que el afrontamiento de distanciamiento puede mediar entre los esquemas y los síntomas psicológicos, futuras investigaciones deberían abordar este problema mediante técnicas superiores tales como el modelado de ecuaciones estructurales. En tercer lugar, el intervalo de cinco meses entre el T1 y el T2 puede resultar insuficiente para detectar cambios en los síntomas, y esta podría haber sido la razón por la cual el afrontamiento de control primario y secundario desempeñó un papel tan pobre en este estudio. Por último, tanto los esquemas como el afrontamiento se midieron en el T1 simultáneamente, por lo que no puede descartarse que el uso de estrategias particulares de afrontamiento influyera en los esquemas y no al revés. Es más, algunos estudios han comprobado que los síntomas de estrés pueden producir un aumento del uso de estrategias de afrontamiento disfuncionales (Holahan *et al.*, 2005) y transformar el estilo cognitivo (p. ej., Calvete, Estévez y Corral, 2007b; Herrera y Maldonado, 2002). Con todo, futuras líneas de investigación debieran evaluar las posibles relaciones recíprocas entre estilo cognitivo, afrontamiento y síntomas.

En conclusión, esta investigación aporta nuevos datos acerca del papel de los esquemas disfuncionales tempranos y el afrontamiento en el proceso de estrés de estudiantes universitarios y en el riesgo de éstos de desarrollar ansiedad y depresión. Los resultados sugieren que los programas de prevención e intervención del estrés en este colectivo podrían beneficiarse de la incorporación de estrategias de reestructuración cognitiva y manejo emocional dirigidas a modificar los esquemas disfuncionales y al desarrollo de formas de afrontamiento del estrés adecuadas.

Referencias

- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I. y Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: a theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372.
- Allgöwer, A., Wardle, J. y Steptoe, A. (2001). Depressive symptoms, social support, and personal health behaviors in young men and women. *Health Psychology*, 20, 223-227.
- Aspinwall, L. G. y Taylor, S. E. (1992). Modelling Cognitive adaptation: a longitudinal investigation of the impact of individual differences and coping on college adjustment and performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 989-1003.
- Baron, R. M. y Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Madison, WI: International Universities Press.
- Blalock, J. y Joiner, T. (2000). Interaction of cognitive avoidance coping and stress in predicting depression/anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 47-65.
- Bouchard, G., Guillemette, A. y Landry-Léger, N. (2004). Situational and dispositional coping: an examination of their relation to personality, cognitive appraisals and psychological distress. *European Journal of Personality*, 18, 221-238.
- Bouteyre, E., Maurel, M. y Bernaud, J. (2007). Daily hassles and depressive symptoms among first year psychology students in France: the role of coping and social support. *Stress and Health*, 23, 93-99.
- Brisette, I., Carver, C. S. y Scheier, M. F. (2002). The role of optimism in social network development, coping, and psychological adjustment during a life transition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 102-111.
- Calvete, E. (2009). Una introducción al análisis de moderación y mediación: aplicaciones en el ámbito del estrés. *Ansiedad y Estrés*, 14, 159-173.
- Calvete, E. y Cardeñoso, O. (1999). Creencias y síntomas depresivos: resultados preliminares en el desarrollo de una escala de creencias irracionales abreviada. *Anales de Psicología*, 15, 179-190.
- Calvete, E., Corral, S. y Estévez, A. (2007). Cognitive and coping mechanisms in the interplay between intimate partner violence and depression. *Anxiety, Stress and Coping*, 20, 369-382.
- Calvete, E., Estévez, A. y Corral, S. (2007a). Intimate partner violence and depressive symptoms in women: cognitive schemas as moderators and mediators. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 791-804.
- Calvete, E., Estévez, A. y Corral, S. (2007b). Trastorno por estrés postraumático y su relación con esquemas cognitivos disfuncionales en mujeres maltratadas. *Psicothema*, 9, 446-451.
- Calvete, E., Estévez, A., López de Arroyabe, E. y Ruiz, P. (2005). The Schema Questionnaire - Short Form: structure and relationship with automatic thoughts and symptoms of affective disorders. *European Journal of Psychological Assessment*, 21, 91-100.
- Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S., Ketcham, A. S., Moffat, F. L. y Clark, K. C. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: a study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 375-390.
- Clark, L. A., Watson, D. y Mineka, S. (1994). Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 103-116.
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H. y Wadsworth, M. (1999). Getting specific about coping: effortful and involuntary responses to stress in development. En M. Lewis y D. Ramsey (dirs.), *Soothing and Stress* (pp. 229-256). Nueva York: Cambridge University Press.

- Compas, B. E., Davis, G. E., Forsythe, C. J. y Wagner, B. M. (1987). Assessment of major and daily stressful events during adolescence: the Adolescent Perceived Events Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*, 534-541.
- Connor-Smith, J. K. y Calvete, E. (2004). Cross-cultural equivalence of coping and involuntary responses to stress in Spain and the United States. *Anxiety, Stress and Coping, 17*, 163-185.
- Connor-Smith, J. K. y Compas, B. E. (2002). Vulnerability to social stress: coping as a mediator or moderator of sociotropy and symptoms of anxiety and depression. *Cognitive Therapy and Research, 26*, 39-55.
- Connor-Smith, J. K., Compas, B. E., Wadsworth, M. E., Thomsen, A. H y Saltzman, H. (2000). Responses to stress in adolescence: measurement of coping and involuntary responses to stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 976-992.
- Connor-Smith, J. K. y Flachsbar, C. (2007). Relations between personality and coping: a meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology, 93*, 1080-1107.
- Cuevas Toro, A. M., Torrecillas, F. L., Medina, A. G. y Díaz Batanero, M. C. (2008). Personalidad y estrategias de afrontamiento en pacientes con fibromialgia. *Psicología Conductual, 16*, 289-306.
- Crockett, L. J., Iturbide, M. I., Torres Stone, R. A., McGinley, M., Raffaelli, M. y Carlo, G. (2007). Acculturative stress, social support, and coping: relations to psychological adjustment among Mexican American college students. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 13*, 347-355.
- Derogatis, L. R. (1983). *The SCL-90-R administration, scoring and procedures manual*. Towson, MD: Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L. R. (2002). *SCL-90-R. Cuestionario de 90 ítems*. Adaptación española de J. L. González de Rivera et al. Madrid: TEA Ediciones.
- Dunkley, D. M., Blankstein, K. R., Halsall, J., Williams, M. y Winkworth, G. (2000). The relation between perfectionism and distress: hassles, coping, and perceived social support as mediators and moderators. *Journal of Counseling Psychology, 47*, 437-453.
- Dunkley, D. M., Blankstein, K. R. y Zuroff, D. (2003). Self-critical perfectionism and daily affect: dispositional and situational influences on stress and coping. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*, 234-252.
- Dunn, J. y Whelton, W. J. (2006). Maladaptive perfectionism, hassles, coping, and psychological distress in university professors. *Journal of Counseling Psychology, 53*, 511-523.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A. y Gruen, R. (1986). Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology, 50*, 992-1003.
- Fleishman, J. A., Sherbourne, C. D., Crystal, S., Collins, R. L., Marshall, G. N., Kelly, M., Bozzette, S. A., Shapiro, M. F. y Hays, R. D. (2000). Coping, conflictual social interactions, social support, and mood among HIV-Infected persons. *American Journal of Community Psychology, 28*, 421-453.
- Frazier, P. A., Tix, A. P. y Barron, K. E. (2004). Testing moderator and mediator effects in counseling psychology research. *Journal of Counseling Psychology, 51*, 115-134.
- Heckhausen, J. y Schulz, R. (1995). A life-span theory of control. *Psychological Review, 102*, 284-304.
- Herrera, A. y Maldonado, A. (2002). Cognición y depresión: causa o efecto? *Psicología Conductual, 10*, 269-285.
- Hoffart, A., Sexton, H., Hedley, L. M., Wang, C. E., Holthe, H., Haugum, J., Nordahl, H., Hovland, O.J. y Holte, A. (2005). The structure of maladaptive schemas: a confirmatory factor analysis and a psychometric evaluation of factor-derived scales. *Cognitive Therapy and Research, 29*, 627-644.

- Holahan, C. J. y Moos, R. H. (1987). Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 946-955.
- 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, 658-666.
- Ingram, R. E. y Kendall, P. C. (1986). Cognitive clinical psychology: implications of an information processing perspective. En R. E. Ingram (dirs.), *Information processing approaches to clinical psychology*. Orlando, FL: Academic Press.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Nueva York, NY: Springer.
- Luszczynska, A., Mohamed, N. E. y Schwarzer, R. (2005). Self-efficacy and social support predict benefit finding 12 months after cancer surgery: the mediating role of coping strategies. *Psychology, Health and Medicine*, 10, 365-375.
- MacKinnon, D. P. (2000). Contrasts in multiple mediator models. En J. S. Rose, L. Chassin, C. C. Presson y S. J. Sherman (dirs.), *Multivariate applications in substance use research: New methods for new questions* (pp. 141-160). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- McGinn, L. K., Cukor, D. y Sanderson, W. C. (2005). The relationship between parenting style, cognitive style, and anxiety and depression: does increased early maladaptive schemas influence symptom severity through the mediating role of cognitive style? *Cognitive Therapy and Research*, 29, 219-242.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Riskind, J. H. y Williams, N. L. (2006). A unique vulnerability common to all anxiety disorders: the looming maladaptive style. En L. B. Alloy y J. H. Riskind (dirs.), *Cognitive vulnerability to emotional disorders* (pp.175-206). Nueva York, NY: Laurence Erlbaum Associates.
- Seligman, M. E. P. (1973). Fall into helplessness. *Behavior Therapy*, 2, 307-320.
- 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, 216-269.
- Smith, R. E., Smoll, F. L. y Ptacek, J. T. (1990). Conjunctive moderator variables in vulnerability and resiliency research: life stress, social support and coping skills, and adolescents sports injuries. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 360-370.
- Steward, S. M., Betson, C. L., Lam, T. H., Marshall, I. B., Lee, P.W.M. y Wong, C. M. (1997). Predicting stress in first year medical students: a longitudinal study. *Medical Education*, 31, 163-166.
- Wadsworth, M., Raviv, T., Compas, B y Connor-Smith, J. K. (2005). Parent and adolescent responses to poverty-related stress: test of mediated and moderated coping models. *Journal of Child & Family Studies*, 14, 283-298.
- Young, J. E. (1999). *Cognitive Therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (3ª ed.). Sarasota: Professional Resource Press.
- Young, J. E., y Brown, G. (1994). *Young Schemas Questionnaire-S1*. Nueva York, NY: Cognitive Therapy Center.
- Young, J. E., y Klosko, J. S. (1994). *Reinventing your life*. New York: Plume.
- Young, J. E., Klosko, J. S. y Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy: A practitioner's guide*. Nueva York: The Guilford Press.

RECIBIDO: 29 de julio de 2009

ACEPTADO: 28 de diciembre de 2009

