

RELACIONES ENTRE DEPRESIÓN, ESTRÉS Y ESQUEMAS DISFUNCIONALES TEMPRANOS EN ADOLESCENTES

Julen Alba y Esther Calvete
Universidad de Deusto (España)

Resumen

La depresión en adolescentes es un problema clínico y social importante. El presente estudio examina las relaciones bidireccionales que se producen entre los esquemas disfuncionales tempranos, los eventos estresantes y la depresión. Se formaron dos grupos de adolescentes, uno con sintomatología alta en depresión ($N= 110$, 76 mujeres, edad media de 15,45; $DT= 1,69$) y otro con sintomatología baja en depresión ($N= 115$, 76 mujeres, edad media de 15,65; $DT= 1,05$). Ambos grupos completaron medidas de depresión, eventos estresantes y de tres dominios de esquemas disfuncionales tempranos (desconexión y rechazo, foco en los demás y autonomía dañada) en dos intervalos con una separación de cuatro meses. Los resultados muestran la importancia de los esquemas de desconexión y rechazo en la depresión. Además, los eventos estresantes predijeron un aumento de todos los dominios de esquemas y los síntomas de depresión predijeron un aumento de esquemas de autonomía dañada. Estos resultados son valiosos para comprender los mecanismos a través los cuales el estrés y la depresión funcionan en los adolescentes.

PALABRAS CLAVE: *depresión, estrés, esquemas disfuncionales tempranos, adolescentes.*

Abstract

The prevalence of depression in adolescents is an important clinical and social problem. The present study examines the bidirectional relationships that occur between the level of cognition of early maladaptive schemas, stressors and depression. Two groups of adolescents were formed, one comprised adolescents with high symptomatology in depression ($n= 110$, 76 women, $M_{age}= 15.45$, $SD= 1.69$), and the other adolescents with low symptomatology in depression ($n= 115$, 76 women, $M_{age}= 15.65$, $SD= 1.05$). Both groups completed measures of depression, stressors and three domains of early maladaptive schemas (disconnection and rejection, focus on others and impaired autonomy) at two different points in time spaced four months apart. The results show the importance of the disconnection and rejection schemas in depression. Moreover, the stressors predicted an increase in all the schema domains and depressive symptoms predicted an increase in the impaired autonomy schema domain.

Esta investigación fue financiada por una subvención del Ministerio de Economía y Competitividad (Gobierno de España, Ref. PSI2015-68426-R) y del Gobierno Vasco (Ref. IT982-16).

Correspondencia: Julen Alba, Universidad de Deusto, Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, 48007 Bilbao (España). E-mail: julen.alba@deusto.es

These results are very valuable to understand the mechanisms through which stress and depression work in adolescents.

KEY WORDS: *depression, stress, early maladaptive schemas, adolescents.*

Introducción

La adolescencia es un periodo crítico en el que los trastornos depresivos se incrementan considerablemente (Abela y Hankin, 2008; Hankin, Mermelstein y Roesch, 2007). Además de ser un periodo crítico tanto en el desarrollo físico, como social y psicológico del adolescente (Jaureguizar, Bernaras, Soroa, Sarasa y Garaigordobil, 2015), es una etapa de riesgo para el posible desarrollo de diversas trastornos (Gómez-Ortiz, Casas y Ortega-Ruiz, 2016). La depresión aumenta de manera más acentuada en las mujeres, especialmente después de la pubertad y hacia el final de la adolescencia (Thapar, Collinshaw Pine y Thapar, 2012). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión es uno de los problemas mentales más debilitantes en los adolescentes del mundo occidental (OMS, 2008). Tradicionalmente se ha identificado el estrés como un factor de riesgo para el desarrollo de depresión ya que la presencia de eventos estresantes está estrechamente ligada a dicha patología (Hazel, Hammen, Brennan y Najman, 2008; Mezo y Baker, 2012). Además del estrés, los modelos cognitivos proponen la existencia de vulnerabilidades cognitivas que aumentarían la probabilidad de desarrollar depresión. Este estudio se centra en el papel de los esquemas disfuncionales tempranos, los cuales constituyen un componente de vulnerabilidad a múltiples formas de psicopatología, propuesto por el modelo de la terapia de esquemas (Young, Klosko y Weishaar, 2003).

La terapia de esquemas propuesta por Young y colaboradores (Young 1999; Young *et al.*, 2003) integra elementos de otras terapias y se centra en enseñar al cliente a satisfacer las necesidades básicas del individuo de una forma saludable mediante la modificación de los esquemas disfuncionales. Estos esquemas disfuncionales tempranos son definidos como "temas o patrones amplios y omnipresentes que incluyen recuerdos, cogniciones, emociones y sensaciones corporales de uno mismo y también relacionados con el mundo que los rodea u otros individuos, desarrollados durante la infancia o durante la adolescencia y que van siendo elaborados durante la vida y son disfuncionales en un grado significativo" (Young *et al.*, 2003, p. 7). Los esquemas dan forma a la visión del mundo, de uno mismo y de las relaciones con los demás. Los esquemas se agrupan en cinco dominios. Cada dominio de estos esquemas representa una necesidad emocional específica que no se ha satisfecho adecuadamente en la infancia o adolescencia (Young, 1999; Young *et al.*, 2003). Según investigaciones previas, algunos dominios son particularmente relevantes para el desarrollo de la depresión: los esquemas de desconexión y rechazo, los esquemas de autonomía dañada y los esquemas de foco en los demás (Calvete, Orue y González -Díez, 2013; Calvete, Orue y Hankin, 2015). Estos dominios de esquemas comparten contenidos con los esquemas de sociotropía y autonomía, que fueron propuestos en el modelo de la terapia cognitiva (Beck, Epstein y Harrison, 1983). Esto es así en

parte debido a que el trabajo de Young fue una ampliación del trabajo de Beck y colaboradores. Las personas que puntúan fuerte en el dominio de desconexión y rechazo esperan que sus necesidades de seguridad, estabilidad, apoyo y empatía en las relaciones íntimas o familiares no se cumplan de manera consistente o predecible (Young, 1999). Este dominio incluye varios esquemas que están relacionados con la depresión, como la imperfección personal, los sentimientos y expectativas de sentirse maltratado, la privación emocional y el abandono. El dominio de autonomía dañada también se ha asociado con la depresión (Dozois, Martin y Bieling, 2009; Halvorsen, Wang, Eisemann y Waterloo, 2010) e involucra expectativas negativas sobre uno mismo y sobre el entorno relacionadas con la capacidad de uno para separarse y funcionar independientemente. Este dominio incluye esquemas como el de fracaso, que implica la creencia de que uno ha fallado y es inadecuado en comparación con otros, el cual se ha relacionado con la depresión (Van Vlierbergh, Braet, Bosmans, Rosseel y Bögels, 2010). Finalmente, el dominio de esquemas de foco en los demás implica un enfoque excesivo en los deseos y las respuestas a los demás a expensas de las propias necesidades. Este dominio incluye esquemas tales como el de subyugación, que implica la rendición excesiva al control por parte de otros porque uno se siente obligado (Young *et al.*, 2003) y que está asociado con la depresión (Eberhart, Auerbach, Bigda-Peyton y Abela, 2011; Wright, Crawford y Del Castillo, 2009).

Algunos modelos teóricos enfatizan que las relaciones entre los eventos estresantes, las vulnerabilidades cognitivas y los síntomas de depresión pueden ser bidireccionales (Hankin y Abramson, 2001; Masten y Cicchetti, 2010). Es decir, no sólo los eventos estresantes y las vulnerabilidades cognitivas pueden generar síntomas de depresión, sino que además, a través de un efecto de cascada, los síntomas de depresión y las vulnerabilidades cognitivas puede conducir a generar nuevos eventos estresantes, lo que se conoce como generación de estrés. Asimismo, los síntomas de depresión y los eventos estresantes pueden empeorar los estilos cognitivos, lo que se conoce como empeoramiento cognitivo. La teoría de la generación de estrés fue propuesta por Hammen (1991) y explica cómo las personas que sufren depresión, así como las que son más propensas a padecerla, suelen experimentar mayores tasas de estrés a lo largo de sus vidas y todo esto se ve influenciado por sus propias características cognitivas y de comportamiento individuales. Es decir los individuos deprimidos pueden contribuir a generar nuevos eventos estresantes en sus vidas, eventos estresantes dependientes que pueden verse afectados por la propia conducta del individuo, y esto contribuye a que la depresión se perpetúe (Cohen *et al.*, 2013; Liu, 2013; Rose, Glick, Smith, Schwartz-mette y Borowski, 2017). Este fenómeno no sólo ocurre en adultos, sino que también se ha dado en infancia y adolescencia (Calvete, Fernández-González, González-Cabrera y Gámez-Guadix, 2017; Calvete, Orue y Hankin, 2013; Shapero, Hankin y Barrocas, 2013). Por su parte, el empeoramiento cognitivo se refiere a que los eventos estresantes y los síntomas depresivos predicen un empeoramiento de las vulnerabilidades cognitivas, tales como los esquemas disfuncionales tempranos. Esto ha sido mostrado en diversos trabajos previos tal y como se describe a continuación.

Hay estudios que evidencian los mecanismos anteriores pero tienen la limitación de que se han realizado fundamentalmente en muestras de la comunidad y no han abordado estas relaciones bidireccionales entre esquemas, eventos estresantes y síntomas de depresión en población clínica. Por ejemplo, varios estudios con muestras comunitarias de adolescentes han encontrado que los eventos estresantes y los síntomas de depresión hacen que los esquemas disfuncionales aumenten. En un estudio longitudinal, se encontró que tanto los síntomas depresivos como los eventos estresantes aumentaban los esquemas disfuncionales tempranos a lo largo del tiempo (Calvete *et al.*, 2013b). Eberhart *et al.* (2011) encontraron que la generación de estrés es un mecanismo importante a través del cual los esquemas disfuncionales tempranos tienen un impacto en la depresión, mostrando la importancia de la bidireccionalidad de todas estas variables. En otro estudio transversal llevado a cabo por Brenning, Bosmans, Braet y Theuwis (2012), en una muestra de 228 participantes (81 mujeres) tanto clínicos como no clínicos, se encontró que la vulnerabilidad cognitiva de esquemas disfuncionales tempranos mediaba la relación entre los síntomas depresivos y el estrés en mujeres, lo que implicaba tanto empeoramiento cognitivo como generación de estrés. Una limitación de dicho estudio es que no comparó ambos grupos y además sólo examinó los esquemas de una forma general, en vez de centrarse en dominios concretos. Finalmente un estudio de Zhu *et al.* (2016), llevado a cabo en una muestra de 2172 adolescentes (1231 mujeres), mostró que los adolescentes con alto nivel de estrés también puntuaban alto en esquemas disfuncionales tempranos.

Los estudios previos han mostrado evidencias de que las relaciones entre eventos estresantes, síntomas de depresión y esquemas disfuncionales son bidireccionales. Sin embargo, estos estudios se basaron fundamentalmente en muestras de la comunidad de adolescentes y jóvenes y sería necesario evaluar si similares mecanismos tienen lugar en adolescentes que puntúan alto en depresión. El presente estudio tiene como objetivo examinar las asociaciones bidireccionales entre los síntomas depresivos, los eventos estresantes y los esquemas disfuncionales tempranos en adolescentes seleccionados por sus puntuaciones altas en depresión. Se esperó encontrar que los mecanismos descritos fueran más intensos entre adolescentes afectados por alta sintomatología depresiva, en consistencia con el modelo de cascada (Masten y Cicchetti, 2010), sugiriéndose que todos los mecanismos anteriores pueden contribuir a generar un círculo vicioso o modelo de cascada en el que unos factores de vulnerabilidad y riesgo aumentan los síntomas depresivos y estos a su vez aumentan los riesgos y vulnerabilidades. La hipótesis consistió en que el grupo con puntuaciones altas en síntomas de depresión mostraría asociaciones más fuertes entre las variables que el grupo de adolescentes con baja sintomatología depresiva. También, de forma secundaria, se esperó encontrar que el grupo con alta sintomatología puntuara más alto en todas las variables del estudio.

Método

Participantes

Se utilizaron dos grupos seleccionados a partir de las puntuaciones en la "Escala del Centro para el Estudio Epidemiológico de la Depresión" (*Center for Epidemiological Studies-Depression Scale*, CES-D; Radloff, 1977, 1991) para determinar el nivel de sintomatología depresiva. Los participantes de ambos grupos son adolescentes nacidos o residentes en Vizcaya. El grupo 1 incluye solamente adolescentes de población general, mientras que el grupo 2 se compone de adolescentes de población general que mostraban sintomatología alta en depresión integrando además pacientes diagnosticados con trastornos ansioso-depresivos y trastorno depresivo mayor. En el caso del grupo 1, los participantes se obtuvieron de diferentes centros escolares tanto públicos como concertados de Vizcaya. El grupo 2 incluyó también participantes tratados en diversos centros de salud mental y módulos psicosociales también de Vizcaya. A continuación se especifica más en detalle cada grupo.

El grupo 1 consistió en 115 adolescentes sin depresión, seleccionados a partir de una muestra más amplia de población general ($N= 572$) que participaba en un proyecto sobre diversas vulnerabilidades cognitivas para la depresión (referencia enmascarada). Los 115 adolescentes fueron seleccionados por su puntuación inferior a 16 en el CES-D. De estos, 76 eran mujeres (66%) y la edad media fue 15,65 ($DT= 1,05$). La muestra fue recogida en tres colegios públicos y uno privado. Los adolescentes se encontraban entre 1º de la ESO y 4º de la ESO.

El grupo 2 consistió en 110 adolescentes con sintomatología alta en depresión. Este grupo fue obtenido a partir de 81 pacientes reclutados en 3 centros de salud mental y un módulo psicosocial y de 29 adolescentes de la misma muestra comunitaria descrita anteriormente que puntuaban por encima del punto de corte indicador de depresión mayor en el CES-D (puntuación ≥ 28 ; Radloff, 1991). Todos los participantes de este grupo cumplían el criterio de puntuar por encima del punto de corte indicador de depresión mayor en el CES-D. El número de mujeres fue 76 (69%) y la edad media fue 15,45 ($DT= 1,69$). En cuanto a los pacientes, 80 pacientes tenían un trastorno ansioso depresivo y un paciente trastorno depresivo mayor.

No hubo diferencias en depresión en función del sexo. Las mujeres obtuvieron puntuaciones medias de 37,42 y 33,24 para el tiempo 1 y 2, respectivamente, y los hombres obtuvieron puntuaciones medias de 36,16 y 29,56 para el tiempo 1 y 2, respectivamente, ($t= 0,85$; $p= 0,39$) y ($t= 1,61$; $p= 0,11$).

Instrumentos

- a) "Cuestionario de esquemas de Young-3" (*Young Schema Questionnaire*, YSQ-3; Young, 2006). El YSQ-3 se usó para medir los dominios de esquemas disfuncionales tempranos de desconexión y rechazo (20 ítems), autonomía dañada (10 ítems) y foco en los demás (10 ítems). El dominio de esquemas de desconexión y rechazo incluye esquemas que implican que la necesidad de

seguridad, aceptación y respeto no se cumplirán de manera predecible. En este estudio, los esquemas incluidos dentro de este dominio son los de abandono, maltrato, privación emocional e imperfección. El abandono hace referencia a la percepción de que las personas significativas para la persona no van a proporcionarle un apoyo emocional adecuado puesto que la van a abandonar en favor de otra persona mejor (p. ej., "Necesito tanto a otras personas que me preocupo por perderlas"). El maltrato hace referencia a la expectativa que tiene una persona de que los otros la humillarán o la lastimarán (p. ej., "Siento que la gente se aprovechará de mí"). La privación emocional implica que la persona tiene la creencia de que los demás no satisfarán adecuadamente su necesidad de apoyo emocional, (p. ej., "Durante una gran parte de mi vida, no he sentido que soy especial para nadie"). Finalmente, la imperfección describe la sensación que experimenta una persona al sentirse defectuosa, no deseada, o invalida, en aspectos significativos (p. ej., "Siento que no soy amable"). El dominio de esquemas de autonomía dañada incluye el esquema de vulnerabilidad al daño, presentado como un temor magnificado a que un desastre podría ocurrir en cualquier momento y que uno mismo no podrá evitarlo (p. ej., "Me preocupa ser atacado"). Este dominio, además, incluye esquemas relativos a la creencia de que uno va a fallar en algo (p. ej., "Soy incompetente en lo que respecta al logro"). Finalmente, el dominio de esquemas de foco en los demás incluye esquemas relacionados con rendirse a los demás para evitar el abandono, (ej.: "Siento que no tengo más remedio que ceder a los deseos de otras personas, o de lo contrario tomarán represalias o me rechazarán de alguna manera"). Además este dominio de esquemas también incluye esquemas como el de la necesidad excesiva de aprobación por parte de otros (p. ej., "Si no recibo la aprobación de otros, me siento menos importante"). Los participantes respondían en una escala de seis puntos (1= *totalmente falso en mi* hasta 6= *me describe totalmente*). La versión española del YSQ-3 ha mostrado muy buenas propiedades psicométricas y de ajuste (Calvete *et al.*, 2013a). Los coeficientes alfa en este estudio fueron 0,85 y 0,91 en desconexión y rechazo, 0,79 y 0,84 para autonomía dañada y 0,84 y 0,90 para foco en los demás, en el tiempo 1 y tiempo 2, respectivamente.

- b) "Escala del Centro para el Estudio Epidemiológico de la Depresión" (*Center for Epidemiological Studies-Depression Scale*, CES-D; Radloff, 1977). Esta escala mide cuatro importantes factores en la depresión (disminución psicomotora, afecto positivo, dificultades interpersonales y afecto depresivo) y permite obtener una puntuación global de síntomas de depresión. El cuestionario incluye 20 ítems, con opciones de respuesta que oscilan entre 0 (*prácticamente nunca*) y 3 (*casi todo el tiempo*). Estas puntuaciones fueron utilizadas para asignar los sujetos a los dos grupos. Una puntuación mayor de 16 indicaría un estado de ánimo depresivo leve, mayor de 23 indicaría un estado de ánimo depresivo moderado, finalmente una puntuación igual o superior a 28 indicaría un estado de ánimo depresivo grave consistente con un trastorno depresivo mayor. La versión española del CES-D presenta unas propiedades psicométricas excelentes (Calvete y Cardeñoso, 1999). En este

estudio, el coeficiente alfa para el tiempo 1 fue de 0,71 y de 0,88 para el tiempo 2.

- c) "Cuestionario de eventos vitales en adolescentes" (*Adolescent Life Events Questionnaire*, ALEQ; Hankin y Abramson, 2002). El cuestionario de eventos vitales mide una amplia gama de eventos que ocurren con frecuencia en los adolescentes, estos eventos son por ejemplo, problemas con amigos o con la familia, dificultades en el área de las relaciones afectivas, problemas en el colegio y con el rendimiento académico. Los participantes deben indicar si cada uno de los eventos sucedió o no. Ejemplos de eventos son: "Discusiones o problemas con un amigo", "No llevarse bien con los padres", "Romper o ser rechazado con tu novio o novia", y "Obtener malas calificaciones". La prueba original consiste en 70 ítems, pero para este estudio usamos 45 que son los más relevantes para los adolescentes españoles según estudios previos (Calvete *et al.*, 2015). Las preguntas que eran culturalmente poco características, como "Ir a la fiesta en la graduación" o "Discutir con mi jefe", fueron omitidos. Los factores de estrés independientes (p. ej., "muerte de un ser querido") también se eliminaron. Se utilizaron 32 ítems en total puesto que la hipótesis de generación de estrés requiere que sean eventos estresantes susceptibles de ser influenciados por el comportamiento o las actitudes del individuo.

Procedimiento

Se realizaron dos procedimientos diferentes, uno referente a los participantes obtenidos de población general y otro referente a los obtenidos de población clínica. En cuanto a la población general, los adolescentes completaron los cuestionarios en las aulas, realizando toda la batería de cuestionarios en una única sesión y tardando unos 50 minutos en completarlos. La batería se completó en momentos diferentes, con un intervalo de cuatro meses. La participación fue voluntaria y los participantes fueron informados de que sus respuestas serían confidenciales y sólo serían manejadas por el equipo de investigación. Dado que en este caso no hacía falta que indicaran el nombre en los cuestionarios, el equipo directivo de los diferentes centros escolares optó por la obtención de un consentimiento informado pasivo. De esta forma los progenitores eran informados y se les daba la opción de rechazar o aceptar que su hijo participara en el estudio. Ningún progenitor rechazó la participación de su hijo. Los adolescentes completaron medidas para este estudio al comienzo del curso y al de cuatro meses. Se acudió a cuatro centros de Vizcaya y se iban realizando las pruebas a las clases de diferentes cursos por orden. Si un día por ejemplo lo realizaba 2º de la ESO y este ciclo estaba formado por 4 clases, se empezaba con una clase y después se iba a la siguiente hasta realizarlo a todo el curso. A pesar de realizar la pasación en días diferentes a cada curso, se realizaron todas las pasaciones de los colegios en la misma semana.

En cuanto a participantes de población clínica, se contactó con centros de salud mental y módulos psicosociales de Vizcaya. En estos centros, los psicólogos seleccionaron pacientes potenciales de participar en el estudio. Una vez

seleccionados, los profesionales de los centros contactaron tanto con los pacientes como con los padres y se les informó de la posibilidad de formar parte del mismo. Todos los pacientes y padres invitados estuvieron de acuerdo en participar y firmaron un consentimiento activo. Los cuestionarios se completaron en los centros donde acudían a consulta los pacientes. Las listas de pacientes eran confidenciales y sólo tenían acceso a ellas tanto los profesionales responsables de cada paciente como el primer autor del presente estudio, una vez autorizado el procedimiento por los progenitores. Al igual que con adolescentes de población general, las pruebas se pasaron dos veces, con un intervalo de cuatro meses. La batería de cuestionarios se realizaba en una hora concertada con el paciente y la pasación duraba aproximadamente una hora. El Comité de Ética del Gobierno Vasco aprobó la realización de este estudio a fecha de 25 de marzo de 2015 bajo el código PI2015001 CED16 03/2015.

Análisis de datos

Se utilizó el análisis de rutas (*path analysis*) para probar las hipótesis del estudio. Este procedimiento permite evaluar el ajuste de modelos teóricos en los que se proponen un conjunto de asociaciones entre variables. En este estudio usamos el método robusto de máxima verosimilitud (RML), que requiere una estimación de la matriz de covarianza asintótica de las varianzas y covarianzas de la muestra e incluye el índice Satorra-Bentler χ^2 ($SB\chi^2$). Siguiendo las recomendaciones de varios autores se utilizaron la raíz cuadrada media de error de aproximación (RMSEA), el índice de ajuste comparativo (CFI), y el índice de ajuste no normativo (NNFI) y la raíz cuadrada media residual estandarizada (SRMR) para evaluar la bondad de ajuste del modelo. En general, los valores de CFI y NNFI de 0,95 o más reflejan un buen ajuste. Los valores de RMSEA inferiores a 0,06 y de SRMR inferiores a 0,08 indican un ajuste excelente. Para las comparaciones entre modelos utilizamos el procedimiento desarrollado por Satorra y Bentler (2001) mediante la aplicación SBDIFF desarrollada por Crawford y Henry (2003). Para estos análisis se utilizó el programa LISREL 9.2 (Jöreskog y Sörbom 2006). Para el *t*-test y las correlaciones se utilizó IBM SPSS v. 23 (IBM, 2014).

Resultados

Descriptivos y correlaciones entre las variables

En la tabla 1 se muestran las medias, desviaciones típicas y prueba *t* para comparar ambos grupos en las diferentes variables de estudio. Es importante destacar las altas puntuaciones medias en todas las variables en el grupo 2 (con sintomatología alta en depresión) frente al grupo 1. La prueba *t* nos indica que existen diferencias significativas para todas las variables de estudio. Los tamaños del efecto fueron altos para todas las variables.

Tabla 1

Diferencias de medias entre el grupo sin depresión (grupo 1) y el grupo con sintomatología alta en depresión (grupo 2)

Variable	Grupo 1 (n= 115) M (DT)	Grupo 2 (n= 110) M (DT)	t	p	d
Depresión T1	10,6 (3,15)	37,03 (7,15)	36,12	<0,001	4,90
Depresión T2	11,77 (5,7)	32,1 (11,17)	17,31	<0,001	2,30
Estrés T1	10,39 (6,88)	25,66 (9,11)	14,23	<0,001	1,89
Estrés T2	10,53 (7,09)	23,12 (11,04)	10,22	<0,001	1,36
Desconexión T1	1,78 (0,53)	3,73 (0,8)	21,60	<0,001	2,89
Desconexión T2	1,66 (0,56)	3,45 (0,97)	16,97	<0,001	2,27
Autonomía T1	2,12 (0,81)	3,92 (0,92)	15,65	<0,001	2,10
Autonomía T2	1,95 (0,74)	3,52 (1,02)	13,32	<0,001	1,78
Foco demás T1	2,14 (0,74)	3,94 (0,88)	16,54	<0,001	2,20
Foco demás T2	1,96 (0,74)	3,5 (1,03)	12,86	<0,001	1,72

Nota: T1= Tiempo 1, T2= Tiempo 2.

En la tabla 2 se indican las correlaciones entre las variables de estudio en ambos grupos. En el grupo con sintomatología alta en depresión todas las correlaciones son estadísticamente significativas, mientras que en el grupo sin depresión las correlaciones son más bajas y en algunos casos no alcanzan la significación estadística (p. ej., síntomas de depresión en el tiempo 2 con eventos estresantes y esquemas de autonomía dañada y foco en los demás en el tiempo 1).

Tabla 2

Correlaciones entre las variables de estudio

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Depresión T1	1	0,45**	0,34**	0,31**	0,25**	0,39**	0,27**	0,12	0,19*	0,06
2. Estrés T1	0,19*	1	0,31**	0,26**	0,23*	0,15	0,62**	0,23*	0,25**	0,14
3. Desconexión T1	0,47**	0,34**	1	0,54**	0,72**	0,15	0,33**	0,62**	0,35**	0,54**
4. Autonomía T1	0,36**	0,36**	0,77**	1	0,38**	0,20*	0,23*	0,35**	0,54**	0,29**
5. Foco T1	0,38**	0,28**	0,80**	0,72**	1	0,01	0,20*	0,39**	0,07	0,58**
6. Depresión T2	0,47**	0,19*	0,52**	0,44**	0,46**	1	0,27**	0,36**	0,35**	0,22*
7. Estrés T2	0,20*	0,68**	0,36**	0,30**	0,31**	0,47**	1	0,33**	0,33**	0,26**
8. Desconexión T2	0,35**	0,43**	0,73**	0,54**	0,60**	0,65**	0,56**	1	0,60**	0,71**
9. Autonomía T2	0,39**	0,40**	0,67**	0,68**	0,57**	0,56**	0,44**	0,77**	1	0,47**
10. Foco T2	0,35**	0,39**	0,67**	0,58**	0,74**	0,56**	0,45**	0,82**	0,73**	1

Notas: * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$. T1= Tiempo 1, T2= Tiempo 2. Encima de la diagonal se muestran los coeficientes para el grupo sin depresión y por debajo de la diagonal se muestran los coeficientes para el grupo con sintomatología alta en depresión.

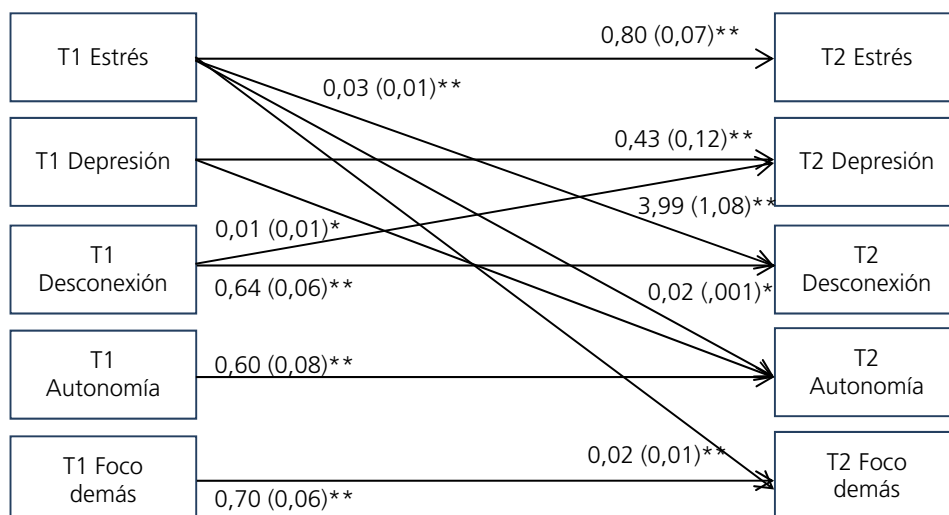
Modelo longitudinal entre esquemas, eventos estresantes y síntomas de depresión

En primer lugar, se estimó el modelo predictivo en el grupo de adolescentes con sintomatología alta en depresión. El modelo predictivo incluyó asociaciones transversales entre todas las variables del tiempo 1, asociaciones auto-regresivas que consisten en asociaciones entre las mismas variables a lo largo del tiempo para

todas las variables, las cuales representan la estabilidad de las medidas, y asociaciones predictivas cruzadas entre todas las variables. Todas las asociaciones autorregresivas fueron estadísticamente significativas. Los eventos estresantes en el tiempo 1 predijeron un empeoramiento de los tres dominios de esquemas (desconexión/rechazo, autonomía dañada y foco en los demás). Además, los síntomas de depresión en el tiempo 1 predijeron un aumento de la puntuación en los esquemas del dominio de autonomía dañada y los esquemas de desconexión/rechazo predijeron un aumento de los síntomas de depresión. Todas las covarianzas entre variables del tiempo 1 fueron estadísticamente significativas. Un modelo más parsimonioso, en el que se eliminaron las asociaciones no significativas, fue reestimado, obteniendo excelentes indicadores de bondad del ajuste, $SB\chi^2(15; N=110)=15,87; p < 0,33$; RMSEA= 0,023 (90% IC= 0,00-0,09); CFI= 0,999; NNFI= 0,998; SRMR= 0,08. La figura 1 representa el modelo obtenido en el grupo de adolescentes con sintomatología alta en depresión.

Figura 1

Modelo transaccional en el grupo con sintomatología alta en depresión

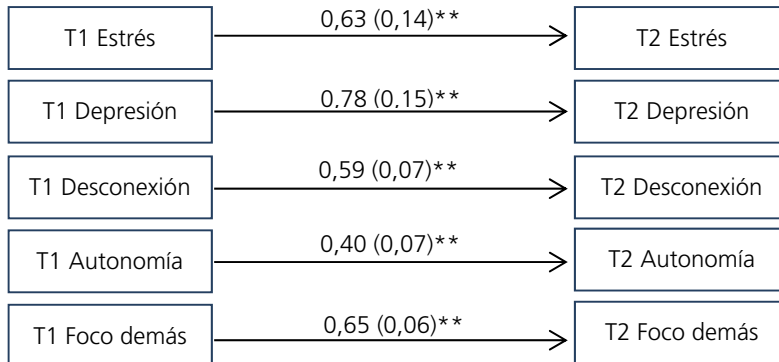


Notas: Sólo se han incluido los coeficientes longitudinales estadísticamente significativos. Se muestran los coeficientes no estandarizados con los errores típicos entre paréntesis. * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$.

A continuación se procedió a estimar un modelo predictivo similar en el grupo de adolescentes sin depresión. En este grupo todas las covarianzas entre variables del tiempo 1 fueron también estadísticamente significativas al igual que los coeficientes autorregresivos que indican la estabilidad de las medidas a lo largo del tiempo. Sin embargo, a diferencia con lo obtenido en el grupo con sintomatología alta en depresión, ninguna de las asociaciones longitudinales cruzadas entre variables fue estadísticamente significativa. La figura 2 representa los resultados obtenidos en este grupo. El modelo obtuvo también buenos indicadores de ajuste:

$SB\chi^2$ (15; $N= 115$)= 21,45; $p < 0,09$; RMSEA= 0,023 (90% IC= 0,00-0,10); CFI= 0,990; NNFI= 0,970; SRMR= 0,06.

Figura 2
Modelo transaccional en el grupo sin depresión



Notas: Sólo se han incluido los coeficientes longitudinales significativos. Se muestran los coeficientes no estandarizados con los errores típicos entre paréntesis. ** $p < 0,001$.

Con el fin de comprobar formalmente las diferencias en el modelo entre ambos grupos, estimamos este modelo simultáneamente en ambos a la vez, obteniendo indicadores de ajuste buenos, $SB\chi^2$ (30; $N= 230$)= 37,52; $p < 0,16$; RMSEA= 0,047 (90% IC= 0,00-0,09); CFI= 0,996; NNFI= 0,988; SRMR= 0,08. A continuación, estimamos un modelo con la imposición de igualdad para todos los coeficientes longitudinales. Esta imposición aumento $SB\chi^2$ de modo estadísticamente significativo, $\Delta SB\chi^2$ (10; $N= 230$)= 18,53; $p= 0,04$. Finalmente, se estudió la invarianza para cada uno de los coeficientes longitudinales con el fin de identificar dónde se producían las diferencias. Estas comparaciones indicaron que tres asociaciones eran mayores en el grupo de adolescentes con sintomatología alta en depresión: la asociación entre esquemas de desconexión/rechazo en el tiempo 1 y los síntomas de depresión en el tiempo 2, $\Delta SB\chi^2$ (1; $N= 230$)= 8,13; $p= 0,004$, la asociación entre eventos estresantes en el tiempo 1 y esquemas de desconexión/rechazo en el tiempo 2, $\Delta SB\chi^2$ (1; $N= 225$)= 5,50; $p= 0,019$, y la asociación entre eventos estresantes en el tiempo 1 y esquemas de foco en los demás en el tiempo 2, $\Delta SB\chi^2$ (1; $N= 225$)= 4,83; $p= 0,028$.

Discusión

La depresión es un problema altamente prevalente en la adolescencia, con graves consecuencias en varias áreas, como la escuela, la familia, el autoconcepto y las relaciones sociales (Abela *et al.*, 2008, Hankin *et al.*, 2007). Por estas razones es importante la identificación de los factores implicados en su desarrollo y mantenimiento a lo largo del tiempo. El presente estudio longitudinal de dos

tiempos se basó en una perspectiva transaccional que propone que las relaciones entre los síntomas depresivos, los eventos estresantes y los esquemas disfuncionales tempranos son recursivas (Hankin *et al.*, 2001; Mezulis, Funasaki y Charbonneau, 2010). Así, el principal objetivo fue evaluar las relaciones bidireccionales entre los síntomas depresivos, eventos estresantes y esquemas disfuncionales tempranos de desconexión y rechazo, foco en los demás y autonomía dañada en un grupo de adolescentes con sintomatología alta en depresión, obtenido fundamentalmente de centros de salud mental, y evaluar si estas relaciones eran equivalentes a las obtenidas en un grupo sin depresión. De esta manera, se quería extender la investigación previa, que se ha basado fundamentalmente en muestras de la comunidad.

Los resultados obtenidos muestran numerosas asociaciones predictivas entre las variables de estudio en el grupo con sintomatología alta en depresión. En lo que se refiere a la predicción de síntomas depresivos, el esquema de desconexión y rechazo predijo un aumento de los síntomas de depresivos. A pesar de que no existen muchos estudios longitudinales sobre el papel de los esquemas disfuncionales tempranos en la depresión, los resultados son consistentes con los hallazgos de estos estudios previos al resaltar la relevancia de los esquemas de desconexión y rechazo en la predicción de los síntomas de depresión (Calvete *et al.*, 2013b; Roelofs, Lee, Ruijten y Lobbestael, 2011). De hecho, en nuestro estudio solamente el dominio de desconexión y rechazo predijo el aumento de síntomas depresivos. Esto también se observó en un estudio longitudinal de tres tiempos con intervalos de seis meses (Calvete, 2014), donde de los tres dominios examinados solamente el de desconexión y rechazo predecía un aumento de la depresión. Por el contrario en un estudio de Brenning *et al.* (2012), llevado a cabo con 110 pacientes con problemas emocionales y de conducta y 118 adolescentes de población general también encontraron que todos los esquemas disfuncionales tempranos predecían un aumento de los síntomas depresivos.

Por otro lado, y en consistencia con los modelos transaccionales, en el grupo con sintomatología alta en depresión el estrés predijo un aumento de todos los esquemas disfuncionales tempranos. Esto es consistente con los hallazgos de otros estudios previos. Por ejemplo, Zhu *et al.* (2016) encontraron que los eventos vitales estresantes estaban muy relacionados con dichos esquemas. Además, en cuanto al fenómeno de empeoramiento cognitivo, los síntomas depresivos predijeron el aumento de los esquemas del dominio de autonomía dañada. Esto es consistente con los hallazgos anteriores, donde los niveles iniciales de síntomas depresivos y eventos estresantes predijeron un aumento de los esquemas disfuncionales tempranos a lo largo del tiempo (Calvete *et al.*, 2013b; Cámara y Calvete, 2012).

En contra de lo esperado, en este estudio no encontramos evidencias para el fenómeno de la generación de estrés propuesto por Hammen (1991), ya que ninguna variable del tiempo 1 predijo un aumento de los eventos estresantes. Esta falta de resultados contrasta con los obtenidos en estudios anteriores (Calvete *et al.*, 2017; Eberhart *et al.*, 2011). Una explicación tentativa es el corto intervalo de tiempo transcurrido (4 meses) que hizo menos probable el aumento de circunstancias estresantes.

En contraste con las asociaciones cruzadas encontradas en el grupo con sintomatología alta en depresión, estas no fueron significativas en el grupo sin depresión. En este grupo, únicamente los coeficientes autorregresivos fueron estadísticamente significativos. Estos resultados sugieren que los adolescentes con depresión podrían más fácilmente verse inmersos en un círculo vicioso o espiral en el que las vulnerabilidades cognitivas aumentan la depresión y, a la vez, la depresión y en especial los acontecimientos estresantes tienden a empeorar sus vulnerabilidades cognitivas. Esto es coherente también con las puntuaciones más altas obtenidas por el grupo con sintomatología alta en depresión en todas las variables examinadas.

Este estudio tiene varias fortalezas que son importantes de destacar. Una es la inclusión de dos tipos de participantes, procedentes de centros de salud mental y de población general para estudiar las diferencias en ambos grupos en la evolución de las variables estudiadas. La otra es la inclusión de dos tiempos de análisis, para ver la evolución a lo largo del tiempo de las variables del estudio y su papel predictivo cruzado. Esto ha permitido observar que las relaciones temporales entre variables son más intensas en el grupo con sintomatología alta en depresión.

Además de las fortalezas, es importante señalar las debilidades del estudio. La primera se refiere a la no inclusión de múltiples fuentes de datos, como de los padres, de los profesores y de los compañeros. Asimismo, en los participantes de centros de salud mental hubiese sido conveniente contar con informes de los especialistas que les atienden. En este estudio se trató de conseguir informes de los progenitores pero la inmensa mayoría de ellos no quiso participar. El uso exclusivo de autoinformes puede contribuir a incrementar la asociación observada entre variables. En segundo lugar, hubiera sido interesante contar con más tiempos de medición, aspecto que se intentó sin éxito debido a la movilidad y abandonos de los participantes obtenidos en centros de salud mental, que hizo muy difícil su seguimiento. En tercer lugar, el intervalo entre medidas puede ser cuestionable. Se escogió de esta manera por el alto abandono de participantes en los centros de salud mental pero tal vez el intervalo no fue suficientemente largo para captar cambios en algunas de las variables del estudio. A pesar de esto, aunque los esquemas desadaptativos tempranos son relativamente estables, la adolescencia es un periodo crítico de desarrollo humano donde las relaciones con los demás y las relaciones dentro del colegio cobran mucha importancia y estas circunstancias pueden generar cambios en estos esquemas. Si bien es cierto que cuatro meses puede parecer poco tiempo, en la vida de un adolescente pueden ocurrir muchos cambios en relativamente poco espacio de tiempo: suspender varias asignaturas, problemas amorosos, acoso escolar, etc.

Una cuarta limitación es la utilización de dos procedimientos de reclutamiento diferentes. Esto se debe principalmente a que la población clínica es muy sensible y exige unos protocolos de confidencialidad muy altos que hacen muy difícil el empleo de unos procedimientos similares a los utilizados en colegios. Finalmente, la selección de los dos participantes de los dos grupos se hizo de manera intencional con el fin de formar dos grupos de tamaños similares en los que aspectos tales como sexo y edad estuvieran equilibrados y en los que la diferencia recayera en el nivel de síntomas depresivos.

Los resultados obtenidos tienen implicaciones clínicas para la intervención de la depresión en los adolescentes. Los esquemas disfuncionales tempranos parecen jugar un papel relevante en el desarrollo de la persona. En particular, el esquema de desconexión y rechazo predice los síntomas de depresión a lo largo del tiempo. Por ello, diversos autores han propuesto centrarse en estos esquemas en la intervención (Gheisari, 2016; Wegener, Alfter, Geiser, Liedtke y Conrad, 2013). De modo más específico, los resultados muestran algunas dinámicas transaccionales entre eventos estresantes y esquemas disfuncionales en adolescentes con sintomatología alta en depresión. La comprensión de estos mecanismos puede ser de utilidad en el trascurso de la terapia y puede ayudar a los adolescentes a entender mejor sus experiencias.

Referencias

- Abela, J. R. Z. y Hankin, B. J. (2008). *Handbook of depression in children and adolescents*. Nueva York, NY: Guilford.
- Alba, J., Calvete, E., Wante, L., Marie-Lotte, V. B. y Braet, C. (2018). Early maladaptive schemas as moderators of the association between bullying victimization and depressive symptoms in adolescents. *Cognitive Therapy and Research*, 42, 24-35.
- Beck A. T., Epstein, N. y Harrison, R. (1983). Cognitions, attitudes, and personality dimensions in depression. *British Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1, 1-16.
- Brenning, K., Bosmans, G., Braet, C. y Theuwis, L. (2012). Gender differences in cognitive schema vulnerability and depressive symptoms in adolescents. *Behaviour Change*, 29, 164-182.
- Calvete, E. (2014) Emotional abuse as a predictor of early maladaptive schemas in adolescents: Contributions to the development of depressive and social anxiety symptoms. *Child Abuse & Neglect*, 38, 735-746.
- 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., Fernández-González, L., González-Cabrera, J. M. y Gámez-Guadix, M. (2017). Continued bullying victimization in adolescents: maladaptive schemas as a mediational mechanism. *Journal of Youth and Adolescence*, 47, 650-660.
- Calvete, E., Orue, I. y González-Díez, Z. (2013). An examination of the structure and stability of early maladaptive schemas by means of the Young Schema Questionnaire-3. *European Journal of Psychological Assessment*, 29, 283-290.
- Calvete, E., Orue, I. y Hankin, B. L. (2013). Transactional relationships among cognitive vulnerabilities, stressors, and depressive symptoms in adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41, 399-410.
- Calvete, E., Orue, I. y Hankin, B. L. (2015). A longitudinal test of the vulnerability-stress model with early maladaptive schemas for depressive and social anxiety symptoms in adolescents. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 37, 85-99.
- Cámara, M. y Calvete, E. (2012). Early maladaptive schemas as moderators of the impact of stressful events on anxiety and depression in university students. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34, 58-68.
- Cohen, J. R., Hankin, B.L., Gibb, B.R., Hammen, C., Hazel, N.A., Ma, D., Yao, S., Zhu, X.Z. 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 and Adolescent Psychology*, 42, 531-544.

- Crawford, J. R. y Henry, J. D. (2003). The Depression Anxiety Stress Scales: normative data and latent structure in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology, 42*, 111-131.
- Dozois, D. J., A., Martin, R. A. y Bieling, P. J. (2009). Early maladaptive schemas and adaptive/maladaptive styles of humor. *Cognitive Therapy and Research, 33*, 585-596.
- 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*, 75-104.
- Gheisari, M. (2016). The effectiveness of schema therapy integrated with neurological rehabilitation on reducing early maladaptive schemas and symptoms of depression in patients with chronic depressive disorder. *Health Science Journal, 10*, 1-6.
- Gómez-Ortiz, O., Casas, C. y Ortega-Ruiz, R. (2016). Ansiedad social en la adolescencia factores psicoevolutivos y de contexto familiar. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual, 24*, 29-49.
- Halvorsen, M., Wang, C. E., Eisemann, M. y Waterloo, K. (2010). Dysfunctional attitudes and early maladaptive schemas as predictors of depression: a 9-year follow-up study. *Cognitive Therapy and Research, 34*, 368-379.
- Hammen, C. (1991). Generation of stress in the course of unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 555-561.
- 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.
- 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., Mermelstein, R. y Roesch, L. (2007). Sex differences in adolescent depression: stress exposure and reactivity models. *Child Development, 78*, 279-295.
- 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*, 581-9.
- International Business Machines Corporation (2014). IBM SPSS Statistics 23.0 [programa de ordenador]. Armonk, NY: Autor.
- Jaureguizar, J., Bernaras, E., Soroa, M., Sarasa, M. y Garaigordobil, M. (2015). Sintomatología depresiva en adolescentes y variables asociadas al contexto escolar y clínico. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual, 23*, 245-264.
- Joreskog, K. G. y Sorbom, D. A. (2006). LISREL 8.54 and PRELIS 2.54. Chicago, IL: scientific software.
- Liu, R. T. (2013). Stress generation: future directions and clinical implications. *Clinical Psychology Review, 33*, 3, 406-416.
- Masten, A. S. y Cicchetti, D. (2010). Developmental cascades. *Development and Psychopathology, 22*, 491-495.
- Mezo, P. G. y Baker, R. M. (2012). The moderating effects of stress and rumination on depressive symptoms in women and men. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress, 28*, 333-339.
- 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, 34*, 501-513.
- Orue, I., Calvete, E. y Padilla, P. (2014). Brooding rumination as a mediator in the relation between early maladaptive schemas and symptoms of depression and social anxiety in adolescents. *Journal of Adolescence, 37*, 1281-1291.

- 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.
- Radloff, L. S. (1991). The use of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale in adolescents and young adults. *Journal of Youth and Adolescence, 20*, 149-166.
- Roelofs, J., Lee, C., Ruijten, T. y Lobbestael, J. (2011). The mediating role of early maladaptive schemas in the relation between quality of attachment relationships and symptoms of depression in adolescents. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 39*, 471-479.
- Rose, A. J., Glick, G. C., Smith, R. L., Schwartz-mette, R. y Borowski, S. K. (2017). Co-rumination exacerbates stress generation among adolescents with depressive symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology, 45*, 985-995.
- Satorra, A. y Bentler, P. M. (2001). A scaled difference chi-square test statistic for moment structure analysis. *Psychometrika, 66*, 507-514.
- Shapero, B. G., Hankin, B. L. y Barrocas, A. L. (2013). Stress generation and exposure in a multiwave study of adolescents: transactional processes and sex differences. *Journal of Social & Clinical Psychology, 32*, 989-1012.
- Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D. S. y Thapar, A. K. (2012). Depression in adolescence. *The Lancet, 379*, 1056-67.
- Van Vlierberghe, L., Braet, C., Bosmans, G., Rosseel, Y. y Bögels, S. (2010). Maladaptive schemas and psychopathology in adolescence: on the utility of young's schema theory in youth. *Cognitive Therapy and Research, 34*, 316-332.
- Wegener, I., Alfter, S., Geiser, F., Liedtke, R. y Conrad, R. (2013). Schema change without schema therapy: the role of early maladaptive schemata for a successful treatment of major depression. *Psychiatry, 76*, 1-17.
- World Health Organization (2008). The global burden of disease: 2004 update, Table A2: burden of disease in DALYs by cause, sex and income group in WHO regions, estimates for 2004. Ginebra: Autor.
- Wright, M. O., Crawford, E. y Del Castillo, D. (2009). Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: the mediating role of maladaptive schemas. *Child Abuse & Neglect, 33*, 59-68.
- Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach* (3ª ed.). Sarasota, FL: Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.
- Young, J. E. (2006). *Young Schema Questionnaire-3*. Nueva York, NY: Cognitive Therapy Center.
- Young, J. E., Klosko, J. S. y Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: a practitioner's guide*. Nueva York, NY: Guilford.
- Zhu, H., Luo, X., Cai, T., He, J., Lu, Y. y Wu, S. (2016). Life event stress and binge eating among adolescents: the roles of early maladaptive schemas and impulsivity. *Stress and Health, 32*, 395-401.

RECIBIDO: 26 de marzo de 2018

ACEPTADO: 7 de octubre de 2018