



Deusto

Universidad de Deusto
Deustuko Unibertsitatea
University of Deusto

Facultad de Psicología y Educación

Doctorado en Psicología

TESIS DOCTORAL

**Relaciones Transaccionales Longitudinales entre Vulnerabilidades
Cognitivas, Estrés y Depresión en Adolescentes: Comparación entre
Muestra Clínica y Comunitaria**

Autor

Julen Alba Muñoz

Directora de Tesis

Dra. Esther Calvete Zumalde

Bilbao, 2019

**Relaciones Transaccionales Longitudinales entre Vulnerabilidades
Cognitivas, Estrés y Depresión en Adolescentes: Comparación entre
Muestra Clínica y Comunitaria**

Autor

Julen Alba Muñoz

Directora de Tesis

Dra. Esther Calvete Zumalde

Doctorando

Julen Alba Muñoz

Directora de Tesis

Esther Calvete Zumalde

“Ningún viento será bueno para quien no sabe a qué puerto se encamina”

Lucio Anneo Séneca

Agradecimientos

La verdad es que quien me diría a mí que estaría escribiendo estas líneas. Me acuerdo de mis inicios en la universidad, lo lejano que veía el tema de la investigación para mí. Aun así, poco a poco encontré mi camino en esta área, primeramente, en el máster, donde pude ver la gran utilidad de la labor investigativa y posteriormente en la realización de esta tesis doctoral donde siempre me han surgido retos que superar y con la cual he acumulado una gran cantidad de conocimientos.

Es por ello que agradezco profundamente a Esther la oportunidad que me brindado al ser parte de su equipo y poder realizar mi tesis doctoral en esta área de la psicología, la cual me encanta. Agradezco profundamente la paciencia que ha tenido conmigo en todas mis dudas y sus geniales ideas para solucionar los problemas que nos hemos ido encontrando. Sin su ayuda, consejo y guía esta tesis jamás hubiese sido posible.

Por otro lado, me gustaría agradecer a Izaskun Orue, Nerea Cortazar, Lucia Oñate y al resto de compañer@s de “Deusto Stress” todos los consejos y ayuda que me han ido dando durante todo este periodo, sin los cuales esta tesis no tendría la calidad que tiene. Además, me gustaría también agradecer a Laura Wante, Marie-Lotte van Beveren y Henk Weymeis toda la ayuda prestada durante mi estancia en la Universidad de Gent, con todos sus consejos, guía y paciencia. También me gustaría mencionar especialmente a Caroline Braet, mi directora de estancia de investigación, la cual me ayudo profundamente y me abrió su equipo de investigación tratándome como a uno más, le estoy muy agradecido. Finalmente quisiera agradecer a mis compañeros de estancia en Bélgica el hacerme más intensos estos tres meses; Fernando, Rodrigo, Natalia, Dido y los que me dejo en el tintero.

También quiero agradecer a mi familia, sobre todo a mi madre y a mi padre, sin su apoyo esta tesis no hubiese sido posible. De ellos he heredado la perseverancia por las cosas importantes y la mente reflexiva, y es algo que les agradeceré eternamente. Mis hermanas Maitane y Zuria por aguantarme durante todos estos años, con las que sé que poder contar siempre. Y sobre todo agradezco a Karla, la paciencia infinita y el recorrer conmigo los caminos de la vida, beti maitatuko zaitut.

Me gustaría agradecer a mis amigos Erlantz, Jagoba, Jon, Imanol el descubrirme mundos nuevos y aguantarme todos estos años, también agradezco a mis amigos de “Baleatarrak” de Sopela y en especial a Aritz, Nikola, Jordan, Imanol Alonso, Iñaki, Ibai y los que me dejo en el tintero todas las experiencias vividas y todo el tiempo pasado juntos durante toda esta vida.

Me gustaría resaltar el profundo apoyo que ha sido el equipo de Rugby al que pertenezco, “Uribealdea Rugby Taldea” el cual me ha enseñado humildad y disciplina. Agradezco a todos mis compañeros y equipo directivo el poder ser parte de algo tan grande. Por otro lado, quiero agradecer a Maitena y “Barinatxe Txistu Taldea” el poder tocar el txistu con ellos y disfrutar de este gran instrumento, con el cual desconecto.

Finalmente me gustaría agradecer a Cristina del CSM de Zabalburu, a Eugenia del Módulo Psicosocial de Deusto-San Inazio, a José Manuel del CSM de Ezkerraldea, a Manuel del CSM de Uribealdea y el resto de compañeros psiquiatras y psicólogos con los que he trabajado por ayudarme con la muestra clínica y con sus consejos. También agradezco mucho la ayuda prestada por José Antonio (Julio Caro Baroja-Getxo) y Anakoz (Azkorri) y al resto de colegios y equipo escolar por la ayuda prestada. Y en especial a los adolescentes que se prestaron voluntarios para la realización de los cuestionarios, sin su ayuda la tesis no hubiera sido posible.

Julen Alba.

Índice de Contenidos

ABSTRACT.....	9
CAPÍTULO 1: ANTECEDENTES.....	13
1.1-La depresión en la adolescencia.....	13
1.2-Factores de riesgo para la depresión en adolescentes.....	17
1.2.1-Factores Familiares y Sociales.....	18
1.2.2-Factores Individuales.....	19
1.2.3-El Estrés.....	21
1.3-Vulnerabilidades Cognitivas: Partiendo del modelo de Aaron T. Beck.....	25
1.3.1-Partiendo del Modelo de Aaron T. Beck.....	26
1.3.2-Terapia de Esquemas de Jeffrey E. Young: Los Esquemas Desadaptativos Tempranos.....	29
1.3.3-Modelo de Respuesta de Nolen-Hoeksema-Rumiación: “Brooding y Reflection”... ..	36
1.3.4-Relación entre Esquemas Tempranos y Rumiación.....	42
1.4-Modelo Transaccional de Vulnerabilidad Cognitiva.....	43
1.4.1-Modelo de Generación de Estrés.....	44
1.4.2-Empeoramiento Cognitivo.....	46
1.5-Conclusiones.....	48
1.6-Objetivos e Hipótesis de la Tesis.....	49
1.6.1-Objetivos e Hipótesis del Estudio 1.....	49
1.6.2-Objetivos e Hipótesis del Estudio 2.....	49
1.6.3-Objetivos e Hipótesis del Estudio 3.....	50
CAPÍTULO 2: ESTUDIO 1: Esquemas Desadaptativos Tempranos como Moderadores de la Asociación entre el Bullying y los Síntomas Depresivos en Adolescentes.....	53
CAPÍTULO 3: ESTUDIO 2: Relaciones Bidireccionales entre Estrés, Síntomas Depresivos y Vulnerabilidades Cognitivas en Adolescentes.....	54
CAPÍTULO 4: ESTUDIO 3: Relaciones Bidireccionales entre Depresión, Estrés y Esquemas Disfuncionales Tempranos en Adolescentes de una Muestra Clínica y Comunitaria.....	55
CHAPER 5: DISCUSSION AND OVERALL CONCLUSIONS.....	56
5.1-General Conclusions.....	61
5.2-Practical Implications:.....	62
5.3-Limitations, strengths and future lines:.....	63
REFERENCIAS GENERALES.....	66

Índice de Figuras y Tablas

Capítulo 1: Antecedentes

Tabla 1: Dominios de Esquema y Esquemas.....	15
Figura 1: Sucesión desde Activación del Esquema.....	29

RELACIONES TRANSACIONALES LONGITUDINALES ENTRE VULNERABILIDADES COGNITIVAS, ESTRÉS Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES: COMPARACIÓN ENTRE MUESTRA CLÍNICA Y COMUNITARIA

ABSTRACT

Depressive disorders are increasingly more widespread among adolescents, and some studies suggest that, by age 14, at least 9% of young people will have suffered a severe episode of depression. Therefore, this stage of evolution is a key point for its study (Abela & Hankin, 2008; Lewinsohn, Hops, Roberts, Seely, & Andrews, 1993; Padilla & Calvete, 2014).

In addition, significant differences have been observed between men and women, which are accentuated with age, with women being more affected by depression over time. Numerous studies have pointed out that stress and cognitive vulnerabilities are key factors that predict the development of depression as of adolescence (for a review, see Abela & Hankin, 2011). Two such cognitive vulnerabilities are the ruminative response style (Nolen-Hoeksema, 1991) and dysfunctional cognitive schemas (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979; Young, Klosko, & Weishaar, 2003)

More recent models suggest that the relationships between cognitive vulnerabilities, stress, and depression are dynamic and bidirectional. For example, the transactional model of cognitive vulnerability to stress (Hankin & Abramson, 2001) and the cascade model (Masten et al., 2005) suggest that stress and negative cognitive styles increase the likelihood of experiencing depressive symptoms, and that once the levels of depression increase, these, in turn, increase the likelihood of new stressors and worsen the cognitive vulnerabilities.

Thus, in recent years, phenomena like stress generation, or the prediction of new stressors from depression and cognitive styles (Hammen, 1991), or cognitive impairment from stress and depression (Calvete, Orue, & Hankin, 2013) are studied. The research of these models applied to the ruminative style and dysfunctional schemas is almost non-existent, so few studies have examined these mechanisms in a clinical sample of adolescents, a key aspect for understanding the development and maintenance of depression.

This thesis is divided into four chapters. Chapter 1 defines the basic concepts addressed in this research: depression, stress, rumination (brooding and reflection), and early maladaptive schemas. A theoretical and current vision of the state of the issue and how it has been reached is provided. Chapter 1 also includes the objectives and hypotheses of each particular empirical study.

Chapters 2-4 contain the three empirical studies of the thesis, in accordance with the objectives and hypotheses of the project. These studies have been published or accepted in various scientific journals, so that many of the concepts and theories are repeated several times throughout the thesis. Finally, the last chapter presents a general discussion and the main conclusions of the project as well as the clinical implications.

To comply with the requirement of the international doctorate mention, several sections, such as two of the empirical studies, the summary, and general discussion are in English. The rest is in Spanish.

The studies of this Doctoral Thesis are presented through the following articles:

Alba, J., Calvete, E., Wante, L., Marie-Lotte, V. B., & Braet, C. (2018). Early maladaptive schemas as moderators of the association between bullying victimization and depressive symptoms in adolescents. *Cognitive Therapy and Research*, 42(1), 24-35. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10608-017-9874-5>

Alba, J., & Calvete, E. (In press). Bidirectional Relationships between Stress, Depressive Symptoms, and Cognitive Vulnerabilities in Adolescents. *Journal of Social and Clinical Psychology*.

Alba, J., & Calvete, E. (In press). Bidirectional Relationships between Depression, Stress, and Early Maladaptive Schemas in Adolescents of a Clinic and a Non-Clinic Sample. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*.

CAPÍTULO 1: ANTECEDENTES

1.1-La depresión en la adolescencia.

La depresión es un trastorno del estado de ánimo, que puede ser transitorio o permanente, donde se tienen sentimientos de desesperanza e infelicidad, además de poder llegar un punto en que, de una forma total o parcial, no se disfrute de las situaciones de la vida (anhedonia). Quizás sea uno de los trastornos que más ha acompañado al ser humano a lo largo de su historia, encontrándose en textos de Hipócrates refiriéndose a ella como melancolía. Aunque no es hasta el año 1725 que Sir Richard Blackmore, médico real, bautizó este trastorno tal y como se le conoce actualmente: la depresión. Quizás los autores que dieron una definición más contemporánea de la depresión fueron Hollon y Beck (1979), definiendo la misma como un síndrome en el que se dan e interactúan diferentes modalidades: conductual, somática, afectiva y cognitiva. Estos autores enfatizaron la visión cognitivo-conductual puesto que consideraban las distorsiones cognitivas en el análisis y en el procesamiento de la información como causa principal de este desorden a partir del cual se desataban los componentes restantes. Es un trastorno cada vez más extendido y habitual entre los adolescentes. Por ello esta etapa vital es clave para su estudio (Padilla & Calvete, 2014). Hay investigaciones como la de Lewinsohn et al. (1993), que indican que para los 14 años, al menos un 9% de los jóvenes habrá sufrido un episodio depresivo. Además, también es importante destacar cómo la prevalencia en adolescentes de entre 15 y 18 años para el trastorno depresivo mayor es del 14%, al que hay que sumarle un 11% si hablamos de las distimias (Abela y Hankin, 2008; Hammen, Brennan y Keenan-Miller, 2008). Desde el punto de vista epidemiológico, la depresión es más frecuente en mujeres que en hombres. Las mujeres tienen un riesgo de presentar depresión dos veces más que los hombres (Harkness et al., 2012).

Además, la prevalencia de la depresión se incrementa significativamente durante la adolescencia (Hankin, Mermelstein y Roesch, 2007). Si hablamos de datos de prevalencia según la Organización Mundial de la Salud, sobre todo en países desarrollados, nos encontramos con los siguientes datos:

- Depresión Mayor: 10-15% mujeres y 5-12% hombres.
- Distimia Simple: 3% de la población.
- Trastorno Bipolar I: entre 0.4% y 1% de la población.
- Trastorno Bipolar II: 0.5% de la población.
- Trastorno Ciclotímico: 0.4%-1% de la población.

En la presente tesis nos centraremos en la adolescencia. Un adolescente experimenta depresión, cuando se siente triste, melancólico, infeliz o abatido. En la actual versión del DSM-V se dividen los “trastornos del estado de ánimo” en “trastornos depresivos” y “trastornos bipolares”, no incluyendo en esta nueva revisión cambios significativos respecto a los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR. Para diagnosticar la depresión, según el DSM V, hace falta que al menos durante dos semanas la persona manifieste un mínimo de cinco síntomas, de los cuales uno al menos tiene que ser el estado de ánimo depresivo o disminución del interés o placer por todas o casi todas las actividades. En la TABLA 1 se presentan los criterios diagnósticos de la depresión tanto del DSM-V como del CIE-10.

Tabla I: Dominios de Esquema y Esquemas (Young, Klosko, y Weishaar, 2003).

<u>1-Desconexión y Rechazo</u>	1-Abandono/Inestabilidad	La persona cree que las relaciones tempranas terminarían inminentemente. Se da cuando los padres no han logrado satisfacer las necesidades del niño.
	2-Desconfianza/Abuso	La persona espera que los demás le hagan daño. Se da cuando han abusado emocional o sexualmente en la infancia.
	3-Privación Emocional	La persona piensa que los demás no satisficieran sus expectativas. Ocurre cuando se privaba emocionalmente al niño.
	4-Vergüenza/Defecto	Creencia de que uno mismo es defectuoso y que si los demás se dan cuenta se apartaran de uno. Se da cuando los padres han sido muy críticos con los hijos.
	5-Aislamiento Social/Apartamiento	Creencia de que uno está aislada del mundo. Ocurre cuando el niño ve que su familia es diferente de otras personas.
<u>2-Autonomía y rendimiento dañados.</u>	6-Dependencia/Incompetencia	La persona cree que no será capaz de llevar al día sus responsabilidades. Ocurre porque los padres no han hecho que los niños actuaran por sí mismos.
	7-Vulnerabilidad al daño/enfermedad	La persona cree que está a punto de experimentar una gran catástrofe a cualquier nivel. Se da por padres excesivamente temerosos.
	8-Self Subdesarrollado	La persona tiene muy poca identidad individual. Ocurre cuando los padres son controladores o sobreprotectores.
	9-Fracaso	Creencia de que uno mismo va a fallar o fallara. Se da por padres que no daban su apoyo y trataban al niño como un fracasado.
<u>3-Limites Deteriorados</u>	10-Grandiosidad	Cuando la persona cree que puede decir lo que quiera en cualquier momento, sin pensar que puede dañar a otras personas. No saben lo que las personas necesitan.

		Padres que no marcan límites sobre lo que es adecuado o no.
	11-Insuficiente Autocontrol/Autodisciplina	Cuando se es incapaz de tolerar la frustración en el logro de objetivos. No control impulsos. Si es extrema se da comportamiento criminal. Cuando los padres no disciplinaron bien al niño.
<u>4-Foco en los Demás</u>	12-Subyugación	Creencia de que la persona debe someterse al control de los otros para evitar males. Ignorando sus propios sentimientos. Padres muy controladores del niño.
	13-Auto-Sacrificio	Sacrificio excesivo de las propias necesidades para ayudar a los demás. En la infancia han podido ser niños que se les ha hecho sentir muy responsable de uno de los progenitores.
	14-Búsqueda de aprobación/reconocimiento	Énfasis excesivo en obtener la aprobación de los demás y su reconocimiento a expensas de las propias ideas. Padres que estaban muy preocupados por el estatus social.
<u>5Sobrevigilancia e Inhibición</u>	15-Negativismo/Pesimismo	Expectativa exagerada de que las cosas saldrán mal en cualquier momento. Temor a cometer errores muy altos. Padres pesimistas.
	16-Inhibición Emocional	Creencia de que se deben inhibir las emociones o los impulsos, sobretodo la ira, para no molestar a los demás. Sin espontaneidad y muy tenso. Padres que desalientan la expresión de sentimientos en sus hijos.
	17-Estandares irreales/hipercríticos	Relacionado con dos creencias; o lo que haces no es lo suficientemente bueno, siempre tienes que esforzarte más y énfasis excesivo en valores como la riqueza, el estatus y el poder a expensas de otros como la salud, la interacción social o la felicidad. Padres no

satisfechos que daban amor a sus hijos a cambio de resultados sobresalientes.

18-Punitividad

Creencia de que se debe castigar muy duramente a las personas, incluyendo a uno mismo, de los altos estándares o expectativas marcados. Padres que culpaban o castigaban cuando los niños cometían errores.

La depresión en la adolescencia es un problema que debe ser tratado cuanto antes ya que causa problemas en diferentes áreas (Abela y Hankin, 2008). Multitud de estudios han demostrado cómo los síntomas de depresión que aparecen en los adolescentes son persistentes y son un factor de riesgo para experimentar depresión en la vida adulta, así como un factor de riesgo para el suicidio (Cuijpers y Smit, 2004; Fergusson et al., 2005; Ge, Liu, Church y Vidal, 2001; Haavisto et al., 2004; Jaffee et al., 2002; Wilcox y Anthony, 2004).

La depresión afecta al crecimiento y desarrollo del individuo y provoca bajo rendimiento escolar, aislamiento social, baja autoestima, desesperanza, tristeza frecuente, dificultad para concentrarse, desórdenes alimenticios y desórdenes en los ciclos del sueño. Además, la depresión puede generar que se desarrollen otros trastornos o potenciar los existentes retroalimentándose unos a otros (Avenevoli, Swendsen, He, Burstein y Merikangas, 2015).

1.2-Factores de riesgo para la depresión en adolescentes.

La depresión es un proceso en el que se dan múltiples factores de diversa complejidad y donde la probabilidad de padecerla depende de un amplio abanico de factores de riesgo. La prevención de los mismos determinara la probabilidad de ocurrencia de la depresión (Garber, 2006).

1.2.1-Factores Familiares y Sociales.

Estos factores son muy importantes para el desarrollo de la depresión, puesto que generalmente escapan al control de la persona y ocurren de forma no predecible en su entorno y son recurrentes a lo largo de un periodo largo de tiempo.

Riesgos Familiares.

Que los progenitores hayan experimentado depresión es un factor de riesgo importante sobre todo si es la madre la que lo padece, aumentando el riesgo abruptamente. Así, historias pasadas de depresión en los progenitores constituyen uno de los factores de riesgo más importantes en el desarrollo de depresión durante la adolescencia (Bouma, Ormel, Verhuls y Oldehinkel, 2008; Elgar, Mills, Mcgrath, Waschbusch y Breownridge, 2007; Garber, 2006; Morris, Mcgrath, Goldman y Rottenberg, 2014).

Por otro lado, los contextos familiares desadaptativos también son factores de riesgo significativos. Así, los problemas económicos, separación de los progenitores, alcoholismo familiar, negligencia en el cuidado, abuso por parte de los progenitores, muerte de un familiar y otras circunstancias son riesgos que se asocian a la depresión (Richardson y Katzenellenbogen, 2005; Cheung et al., 2007).

Riesgos Sociales.

Además de los riesgos familiares, existen también los riesgos sociales tales como el rechazo de diferentes miembros de su entorno social. En este caso vamos a destacar el bullying o abuso por parte del grupo de iguales. El bullying es una conducta violenta hacia la persona que lo sufre que se repite en el tiempo. Es un problema generalizado en niños y adolescentes, incluye varias formas; física, verbal, relacional y a través de dispositivos electrónicos, esta última denominada cyber-bullying (Smith et

al., 2008; Olweus, 1993). El abuso por parte de iguales o bullying actúa como factor de riesgo en el adolescente, aumentando la probabilidad de numerosos problemas añadidos (Ferguson, San Miguel y Hartley, 2010; Kaltiala-Heino, Rimpelä, Rantanen y Rimpelä, 2000; Swearer y Hymel, 2015). Además, es un factor de riesgo muy importante para la depresión. Los síntomas depresivos pueden emerger como consecuencia de la victimización por parte de iguales dada la disminución de la autoestima y daño en la autoimagen generada por el bullying (Boulton y Smith, 1994, Bowes, Joinson, Wolke y Lewis, 2015; Calvete, Orue y Gámez-Guadix, 2016; Hodges y Perry, 1999; Roth, Coles y Heimburg, 2002).

1.2.2-Factores Individuales.

Dentro de los factores individuales encontramos el género del individuo. Como ya se ha comentado, la depresión se incrementa abruptamente sobre todo en las chicas (Hankin, Mermelstein y Roesch, 2007). Existen numerosos estudios que muestran que la prevalencia en la depresión es más o menos la misma entre las chicas y los chicos durante la adolescencia temprana, pero a partir de la adolescencia media difiere y se muestra cómo en las mujeres tiene un incremento mucho mayor que en los hombres (Lewinsohn, Rhode y Seelev, 1998; Nolen-Hoeksema y Girgus, 1994; Roza, Hofstram, Van y Verhulst, 2003). A pesar de que las diferencias de género en depresión están muy bien documentadas, los investigadores tienen una comprensión limitada en los procesos por los cuales emerge esta diferencia de género (Mezulis, Funasaki, Charbonneau y Hyde, 2010). En este sentido encontramos el estudio de Hankin y Abramsom (2001), que han realizado una labor espectacular y han propuesto que los estilos atribucionales de desesperanza serían uno de los elementos claves que explican las diferencias de género en la depresión. La forma en la que interpretamos los sucesos negativos influye en que aparezcan problemas emocionales como la depresión.

La teoría de la desesperanza de la depresión fue inicialmente propuesta por Abramson, Metalsky y Alloy (1989), tratándose de una teoría diátesis-estrés, el principio básico de una diátesis-estrés es que características específicas de algunos sujetos les hacen más propensos a determinado trastorno psicopatológico tras la aparición de acontecimientos ambientales estresantes, estas características serían por lo tanto factores de vulnerabilidad (diátesis). Siguiendo con la teoría de la desesperanza, esta plantea que existe un estilo atribucional que actuaría como un factor de vulnerabilidad al interactuar con situaciones estresantes, de esta forma el riesgo de padecer depresión por desesperanza se acentúa. Este estilo atribucional es una tendencia a realizar deducciones negativas sobre las causas, consecuencias e implicaciones para el individuo de los acontecimientos vitales negativos que le acontecen (Hankin, Abramson, Miller y Haeffel, 2004).

Por tanto, la desesperanza se considera un importante factor que genera una vulnerabilidad para sufrir depresión (Calvete, Villardón, Estévez y Espina, 2007).

Esta teoría ha sido especialmente importante de cara a explicar las diferencias del aumento en la prevalencia de la depresión durante la adolescencia, algunos de los factores etiológicos más importantes dentro de esta teoría como la vulnerabilidad cognitiva y el aumento de los factores estresantes se hacen más claros durante esta fase del ser humano (Hankin y Abramson, 2001; Hankin, Abramson y Siler, 2001). Para Hankin y Abramsom (2001) las mujeres reaccionan ante los acontecimientos negativos de la vida con respuestas que se caracterizan por un estilo negativo en el que establecen deducciones acerca de las situaciones, de sí mismas y del futuro. Hankin y Abramson (2002), desarrollaron el ACSQ, y demostraron que la vulnerabilidad cognitiva medida con este cuestionario mediaba las diferencias de género en depresión. Las mujeres

mostraban mayores niveles de estilos de desesperanza y de esta forma se explicaban sus mayores puntuaciones de depresión frente a los hombres.

Además del género también están los factores genéticos y a pesar de que en otras patologías pueda tener un peso muy importante, en la depresión el mecanismo de acción genético en los síntomas depresivos no se conoce claramente (Rice, Harold y Thapar, 2005).

Dentro de los factores individuales se encuentran además los factores psicológicos, de los que en esta investigación nos centraremos en el estrés.

1.2.3-El Estrés.

Según el modelo transaccional de Lazarus y Folkman (1984), el estrés se considera como un concepto relacional, es decir, el estrés no se define como un tipo específico de estimulación externa ni como un patrón específico de reacciones fisiológicas, conductuales o subjetivas. El estrés se define como una relación (transacción) entre las personas y su entorno que la persona valora como importante para su bienestar y en la que las demandas cargan o exceden los recursos de afrontamiento disponibles. Dentro de esta definición se apunta además a dos procesos como mediadores centrales de esta transacción entre la persona y el entorno: la valoración cognitiva y el afrontamiento. Estos dos conceptos son centrales en la teoría de Lazarus (1993). Por un lado, está la valoración cognitiva que es la valoración individual de la importancia de lo que está sucediendo para su bienestar. Por otro lado, está el afrontamiento, que serían los esfuerzos de pensamiento y acción de los individuos para manejar demandas específicas. Lazarus y Folkman (1984) realizaron una clasificación de cuatro tipos desencadenantes de estrés, los cuales se explican a continuación:

Estresores Únicos: Son estresores que hacen referencia a grandes catástrofes o cataclismos, fenómenos naturales, guerras, etc. Cambios muy drásticos en la vida de las personas y que afectan a muchas personas a la vez.

Estresores Múltiples: Por lo general afectan a un número pequeño de personas y están fuera de control de las mismas como la muerte de un familiar o una enfermedad. También pueden ser acontecimientos muy influenciados por la propia persona, como tener discusiones con amigos, suspender un examen, etc. Este tipo de estresores está muy vinculado al estrés crónico. Dentro de este tipo de estresores encontraríamos diversos ámbitos como pueden ser la vida en pareja, problemas económicos, las relaciones con iguales, etc. Tener más de un estresor de este tipo al mismo tiempo genera una potenciación del estrés pudiendo llegar al tener el mismo impacto que un estresor único. Estos estresores actúan de forma que vamos cambiando los patrones de comportamiento automáticos y se mantiene el estrés de forma crónica hasta que la persona se habitúa a la nueva situación.

Estresores Cotidianos: Son estresores del día a día. Molestias que vamos acumulando a lo largo de la jornada diaria, como, por ejemplo, mancharnos con la comida, perder el tren, etc.

Estresores Biogénicos: Procesos físicos y químicos que despiertan la respuesta al estrés sin que ningún mecanismo psicológico actúe por medio. Existen dos subtipos: del tipo exógeno, como serían la ingesta de drogas u otras sustancias, cambios bruscos de temperatura, dolor u sonidos fuertes, y endógenos, como cambios hormonales asociados a menopausia, post-parto, la menstruación, etc.

Tal y como se ha mencionado anteriormente, dentro de los estresores múltiples propuestos por Lazarus y Folkman (1984), están los conflictos con las demás personas y en concreto experiencias de acoso por parte de los pares (bullying).

Teóricos del desarrollo conceptualizan cómo las experiencias de bullying son un estresor psicosocial significativo, además de una posible vía de desarrollo para trastornos internalizantes como la depresión (Hackmann, Clarck y McManus, 2000; Roth, Coles y Heimberg, 2002). Pero, ¿cómo se define el bullying o la victimización por parte de iguales? Este concepto se ha definido como una forma única pero compleja de agresión interpersonal que adopta muchas formas, cumple diferentes funciones y se manifiesta en diferentes patrones de relaciones. No se trata simplemente de un problema diádico entre dos personas (acosador y víctima), sino que es un fenómeno grupal, que ocurre en un contexto social en el cual diversos factores sirven para promover, mantener o suprimir dicho comportamiento (Olweus, 2001; Rodkin y Hodges, 2003; Salmivalli, 2001). Precisamente Dan Olweus (1993, p. 7) pionero en la investigación sobre el bullying lo definió como una “Conducta de persecución física y/o psicológica que realiza un alumno o alumna contra otro, al que elige como víctima de repetidos ataques. Esta acción negativa e intencionada, sitúa a la víctima en posiciones de las que difícilmente puede salir por sus propios medios”.

La asociación entre el bullying y la depresión ha sido profundamente estudiada. Los resultados de estudios longitudinales, como el de Kaltiala-heino, Fröjd y Marttunen (2010), han sugerido que ser víctima del bullying actúa como un importante factor de riesgo para padecer depresión. La aparición de trastornos depresivos puede estar influenciada por la ocurrencia de abusos y conflictos (Laugharne, Lillie y Janca, 2010). Durante la adolescencia es cuando las relaciones con los compañeros crecen en importancia y los eventos traumáticos como el acoso escolar pueden generar problemas importantes que pueden conducir a padecer una depresión (Larson y Richards, 1991; Kaltiala-Heino y Frojd, 2011).

Lewinsohn et al. (1998) sugirieron que la depresión durante la adolescencia perjudica las habilidades sociales. De esta forma, los adolescentes que sufren bullying se caracterizan por ser más sumisos, ser menos populares entre los demás y tener baja autoestima, características que de tenerlas pueden predisponer a los adolescentes a sufrir bullying (Kaltiala-Heino y Frojd, 2011; Turner, Finkelhor y Ormod, 2010). Estudios en diferentes culturas y durante diferentes etapas dentro de la adolescencia han demostrado la asociación entre el bullying y la depresión (Fekkes, Pijpers y VerloovaVanhorick, 2004; Kaltiala-heino et al., 2010; Kaltiala-Heino, Rimpela, Marttunen, Rimpela y Rantanen, 1999; Yen et al, 2014; Maidaniuc-Chirila y Gherasim, 2014; Zwierzynska, Wolke y Lereya, 2013).

En cuanto a las diferencias de género en estresores varios autores como Hankin et al. (2007) y Hammen (1991, 2009) han argumentado que si bien algunos factores estresantes ocurren independientemente de las acciones del individuo otros probablemente dependan, al menos de forma parcial, de las acciones o las características o incluso del estado de ánimo de las personas y que la diferencia en este tipo de eventos puede ser mayor de lo que se creía anteriormente. De hecho, Hankin et al. (2007) encontraron que las chicas reportaban más factores de estrés interpersonal y por parte de los pares que los chicos. Además, varios estudios han sugerido que las mujeres son más propensas a generar factores de estrés dependiente, particularmente cuando están deprimidas (Shih, Eberhart, Hammen y Brennan, 2006). De esta forma se ha sugerido que los intentos por parte de varios autores de vincular las diferencias emergentes de género en la depresión con las diferencias emergentes de género en eventos estresantes de la vida deberían distinguir entre los eventos en múltiples dominios para detectar mejor las diferencias de género (Mezulis et al., 2010). Finalmente, un estudio llevado

por Mateo (2014), encontró que las mujeres reportaban más estrés cuando estas mostraban más síntomas depresivos, pero no encontró diferencias en cuanto a la edad.

La depresión se ve altamente afectada por los estresores, siendo la ocurrencia de estos un factor de riesgo para padecerla, tanto en hombres como en mujeres (LeMoult, 2013; Mezo y Baker, 2012). De hecho, los adolescentes que muestran más estrés, tienen mayores síntomas depresivos (Ross, Neibling y Heckert, 1999; Sun, Tao y Wan, 2010, Hammen, 1991). Además, es importante destacar que el estrés interpersonal predice la depresión en la adolescencia temprana (Little y Garber, 2005; Rudolph, 2009) y en adultos jóvenes (Davila, Hammen, Burge, Paley y Daley, 1995; Hankin, Kassel y Abela, 2005; Shih et al., 2006).

1.3-Vulnerabilidades Cognitivas: Partiendo del modelo de Aaron T. Beck.

La vulnerabilidad es conceptualizada como un rasgo cuya presencia es independiente de si la persona está o no deprimida. Si una persona tiene vulnerabilidad y aunque la depresión desaparezca, la vulnerabilidad seguirá estando en la persona a no ser que se produzca alguna situación correctiva como puede ser una terapia. La vulnerabilidad se define como una característica endógena en el individuo en vez de tratarse de un factor de riesgo externo (exógeno) y existe de forma latente hasta que es activada. Para ello necesita un factor estresante y es entonces cuando se desencadenará el estado depresivo (Ingram, Miranda y Segal, 2006). Uno de los modelos que más esclarece el concepto de vulnerabilidad cognitiva es el de Aaron T. Beck, padre de la Terapia Cognitiva, quien propuso que cada trastorno estaba caracterizado por estilos cognitivos que son específicos de dicho trastorno. De esta forma estos trastornos determinarían áreas de vulnerabilidad cognitiva. La depresión, por ejemplo, está caracterizada por pensamientos negativos relacionados con el rechazo, fracasos,

privaciones, etc. Por tanto, la persona que presente más pensamiento que contribuye al desarrollo y mantenimiento de la depresión será más propensa a padecerla (Beck et al., 1979, Calvete, 2005)

1.3.1-Partiendo del Modelo de Aaron T. Beck

Aaron T. Beck comenzó a desarrollar su teoría en los años 60 (Korman, 2013) y su modelo originalmente fue denominado como “Terapia Cognitiva”, aunque actualmente también se conoce por “Terapia Cognitivo Conductual”. La idea de esta terapia es la de ser una psicoterapia estructurada, a corto plazo, orientada al presente, dirigida a solucionar problemas actuales y modificar pensamientos y comportamientos disfuncionales (Beck, 1964). El tratamiento en esta terapia pasa por la conceptualización y sobre todo comprensión de la problemática individual del paciente, sus creencias y patrones de comportamiento específicos. Por tanto, el terapeuta busca producir cambios cognitivos, modificando el sistema de pensamiento y creencias del paciente para llevar a cabo un cambio emocional y conductual duradero (Alford y Beck, 1997).

Lo importante de la teoría de Beck es cómo el paciente construye su realidad. Lo que determina cómo el paciente se siente es el significado que le da a sus experiencias, cómo contribuye activamente a construir la realidad que le rodea en función de su dialogo interno (palabras o imágenes mentales de lo que va sucediendo). Por eso a diferentes personas una situación les puede generar diferentes reacciones, en función de sus experiencias pasadas, actuales, etc. Las variables cognitivas son elementos clave para entender y comprender el desarrollo y mantenimiento de los trastornos emocionales. La hipótesis planteada por Beck (1976) sobre la especificidad cognitiva establece que cada trastorno emocional se caracteriza por un contenido cognitivo que es específico para ese desorden. De esta forma, y acorde con esta hipótesis planteada, las

cogniciones relacionadas con la depresión están en la línea de la pérdida, la desesperanza, la privación la autoevaluación negativa y el fracaso (Beck, 1995).

Dentro de la teoría de Beck encontramos tres niveles cognitivos (Beck, 1995):

Pensamientos Automáticos: Es el nivel más superficial de pensamiento, al que más rápido se accede. Son cogniciones que aparecen en el fluir del pensamiento normal. Son fugaces y conscientes a diferencia de las creencias, pueden ser verbales o aparecer en forma de imágenes. Pueden entenderse como la manifestación clínica de las creencias, que se describen a continuación.

Creencias Intermedias: Su influencia proviene de las creencias más profundas o nucleares y hacen de barrera para no tener que enfrentarnos a estas últimas. Dentro de estas existen niveles diferenciados: las actitudes (forma en la que se valora un hecho expresado en forma de adjetivos, son opiniones, afirmaciones o negaciones derivadas del esquema nuclear), las reglas (imperativos, mandatos y prohibiciones autoimpuestas, provienen de supuestos y llevan a la condenación si no se cumplen) y los supuestos o presunciones (son estrategias compensatorias para tolerar las creencias negativas que se tienen de uno mismo, los demás y la vida, son ecuaciones condicionales anticipatorias planteadas en términos de “X entonces Y”).

Creencias Nucleares (Esquemas): Son creencias globales, absolutas acerca del yo, del mundo y de los demás. Son el nivel más profundo y no somos conscientes de ellas. Dan sentido de identidad a la persona y son muy difíciles de cambiar. Cuando se logran cambiar, dan lugar a cambios personales muy importantes en el individuo.

Otro concepto importante dentro de la teoría de Beck para la depresión es el concepto de “Triada Cognitiva”. Según este concepto, las personas con depresión se caracterizan por tres tipos de pensamientos negativos: los relacionados con uno mismo

(el yo, ideas negativas sobre un mismo), las relaciones con los demás (el mundo, la persona lo percibe como un ambiente con demandas demasiado altas y fuente de rechazo) y el futuro (presentado como incierto). Esta triada cognitiva, es muy importante de cara a entender la depresión. En la cual la persona experimenta pensamientos negativos en todos los aspectos de su vida. Actualmente, las terapias cognitivo conductuales han mostrado ser muy eficaces en el tratamiento de la depresión. En especial, la terapia cognitiva de Beck se ha labrado una reputación en cuanto a tratamiento psicológico de la depresión se refiere y ha llegado a ser un gran referente dentro de esta disciplina (Pérez y García, 2001).

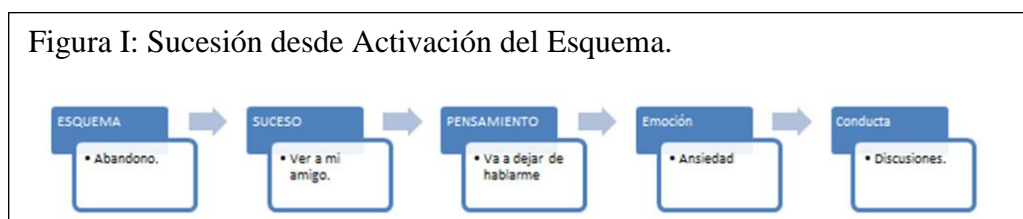
La terapia cognitiva ofrece, como hemos visto, un planteamiento completo de la depresión de una forma altamente estructurada. De esta forma se dispone de una teoría, de una evaluación diagnóstica y de un procedimiento terapéutico. Esta terapia concibe el trastorno en términos de pensamientos negativos sobre uno mismo, el mundo y el futuro (lo comentado anteriormente de la triada cognitiva), estos pensamientos se deben a esquemas depresógenos y a errores en el procesamiento de la información (Beck, 1995). Está enfocada de una forma psicológica-educativa, diseñada tanto para modificar pensamientos o cogniciones como conductas, por ello se denomina terapia cognitivo-conductual (Beck et al., 1979; Sacco y Beck, 1995). Numerosos estudios han demostrado la efectividad de la terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión (Evans et al., 1992; Elkin, Parloff, Hadley y Autry, 1985; Hollon et al., 1992; Kovacs, Rush, Beck y Hollon, 1991; Rush, Beck, Kovacs y Hollon, 1977; Murphy, Simons, Wetzely y Lustman, 1984)

1.3.2-Terapia de Esquemas de Jeffrey E. Young: Los Esquemas Desadaptativos Tempranos.

A raíz de las teorías cognitivo conductuales basadas en esquemas de Beck, han surgido teorías más modernas basadas también en esquemas, que tratan de explicar los problemas en pacientes que no han conseguido solucionar sus problemas con las terapias cognitivos conductuales tradicionales. Este es el caso de la terapia de esquemas propuesta por Jeffrey E. Young (1999). Este modelo recoge muchas de las ideas planteadas por Beck. Se trata de un modelo integrador de psicoterapia, diseñado para tratar dificultades emocionales de larga duración y que combina tanto elementos cognitivo conductuales como de otras técnicas, incluso psicodinámicos. El elemento central de este modelo es el esquema desadaptativo temprano (early maladaptive schema en inglés). Una definición de esquema desadaptativo temprano sería la siguiente: “Un patrón amplio y profundo que incluye recuerdos, emociones, cogniciones y sensaciones corporales, relacionadas con uno mismo y con los demás que le rodean, desarrollados durante la niñez y la adolescencia, elaborados a lo largo del periodo vital y que pueden ser disfuncionales en mayor o menor medida”. (Young et al., 2003, p. 7)

Aunque estos esquemas se forman inicialmente como funcionales, a lo largo de la vida de la persona y según las experiencias que vaya viviendo se van convirtiendo en esquemas disfuncionales. De esta forma, al convertirse en esquemas disfuncionales, son responsables de la aparición de psicopatología y problemas interpersonales en las personas. Estos esquemas pueden ser activados por sucesos del ambiente relevantes y al hacerlo generan problemas de conducta y emociones intensas.

La sucesión desde que el esquema se activa sería la mostrada en la siguiente figura I:



Los esquemas disfuncionales se forman en la niñez. Para Young et al. (2003) el ser humano tiene una serie de necesidades emocionales centrales. Los esquemas resultan de necesidades emocionales centrales no satisfechas en la infancia. De esta forma, se postulan 5 necesidades emocionales centrales para los seres humanos:

- Asegurar la afiliación con otros (incluye seguridad, estabilidad, nutrición y aceptación).
- Autonomía, competencia y sentido de identidad.
- Libertad para expresar necesidades y emociones válidas.
- Espontaneidad y juego.
- Límites realistas y autocontrol.

Según el modelo, estas necesidades son universales. Todos los individuos las tenemos y la persona que está psicológicamente sana es aquella que puede cumplir de manera adaptativa estos núcleos emocionales.

Las interacciones entre el comportamiento innato del niño y ambientes tempranos pueden resultar en frustración en vez de en gratificación de estas necesidades básicas. Por tanto, el objetivo de la terapia de esquemas es la de ayudar a los individuos a encontrar vías adaptativas para satisfacer sus necesidades emocionales centrales (Young et al., 2003).

Las experiencias tóxicas en la infancia son el origen primordial de los esquemas tempranos. De estos esquemas, los que se desarrollan más temprano, y resultan los más relevantes, son los originados en el núcleo familiar. Cuando un adulto experimenta una situación que activa estos esquemas, generalmente lo que siente es un revivir el drama de la infancia, relacionado con los progenitores. Además de estas influencias, los compañeros de clase, la escuela, el medio cultural, etc., se vuelven más importantes a

medida que el niño se va haciendo mayor y todo esto también puede conducir al desarrollo de esquemas. De todas formas, estos esquemas formados más tarde en el desarrollo del individuo no son tan fuertes ni penetran tanto. Un ejemplo de ello sería el de aislamiento social. Este esquema se desarrolla más tarde, incluso durante la adolescencia y puede no tener necesariamente que reflejar la dinámica familiar.

En el modelo de esquemas, se proponen 18 esquemas incluidos en 5 dominios, denominados dominios de esquema. Los esquemas de cada dominio se indican en la Tabla I.

Dominios de Esquema:

Desconexión y Rechazo: En este dominio se encuentran esquemas resultantes de experiencias tempranas en un entorno familiar distante, impredecible o abusivo. Las personas que tienen estos esquemas esperan que sus necesidades de seguridad, estabilidad, empatía en las relaciones íntimas y familiares no se cumplan de manera consistente o predecible.

Autonomía y Rendimiento Dañados: En este dominio se encuentran esquemas que tienen que ver con las expectativas sobre uno mismo y el entorno que interfieren con la capacidad para separarse y funcionar independientemente y la capacidad para sobrevivir solo. Es común en familias sobreprotectoras que hacen que el niño no tenga un buen juicio.

Limites Deteriorados: Los esquemas de este dominio están relacionados con deficiencias en los límites internos, el respeto y la responsabilidad hacia los demás o el cumplimiento de objetivos personales realistas. Suelen darse en niños que vienen de familias con mucha permisividad e indulgencia.

Foco en los Demás: Los esquemas de este dominio se relacionan con un enfoque excesivo en satisfacer las necesidades de los demás, a expensas de las propias necesidades. Pueden surgir en familias donde la aceptación es condicional y los niños suprimen emociones normales para obtener atención y aprobación.

Sobrevigilancia e Inhibición: Dentro de este dominio, los esquemas implican un excesivo enfoque en el control y en suprimir las emociones propias, así como los sentimientos espontáneos para evitar cometer errores o cumplir reglas manipuladas internalizadas. Se dan en familias en las que se da dominación y supresión de sentimientos, además de en familias con un entorno sombrío donde las normas de rendimiento y el autocontrol tienen prioridad sobre la diversión y el placer.

Young y sus colaboradores (2003) observaron que existen cuatro tipos de experiencias tempranas vitales que propician la formación de esquemas. Se detallan a continuación:

Frustración tóxica de las necesidades: Esto se genera cuando el niño experimenta muy pocas cosas buenas a través de déficits en el ambiente temprano y adquiere esquemas como el de privación emocional o abandono. El niño se está perdiendo algo importante, como puede ser el amor, la estabilidad y la comprensión.

Situaciones traumáticas o victimización: Aquí, el niño sufre agresiones o es victimizado, de esta forma se desarrollan esquemas de desconfianza/abuso, vulnerabilidad al daño o vergüenza.

Se experimenta mucho de algo bueno: Cuando los progenitores dan al niño demasiado de algo, que con moderación sería saludable. Se crearán por tanto esquemas de dependencia/incompetencia, grandiosidad. El niño es mimado y complacido y nunca reprochado por nada. Las necesidades emocionales centrales del niño como la

autonomía o que tenga unos límites realistas no se cumplen. Los padres, por tanto, estarán demasiado involucrados en la vida del niño sobreprotegiéndolo o, todo lo contrario, dándole un excesivo grado de libertad y autonomía sin ningún tipo de límite.

Internalización selectiva o identificación con otras personas significativas: El niño se identifica e internaliza selectivamente con pensamientos, sentimientos, experiencias de los padres y sus comportamientos. En este caso se darían esquemas de internalización.

Continuando con los dominios de esquemas mencionados anteriormente, en la presente tesis doctoral se evaluarán los de desconexión y rechazo, autonomía y rendimiento dañado y foco en los demás. Se han usado principalmente estos tres dominios puesto que son los que la literatura refiere que están más relacionados con la depresión (Calvete, Orue y Hankin, 2013a, 2013b; Camara y Calvete, 2012; Dozois et al., 2009; Lumley y Harkness, 2006; Simmons, Cooper, Drinkwater y Stewart, 2006; Pinto-Gouveia, Castilho, Gallardo y Cunha, 2006; Van Vlierberghe, Braet, Bosmans, Rosseel y Bogels, 2010). Además, diversas investigaciones sugieren que el contenido de los esquemas propuestos por Young se relaciona con otros trastornos como la ansiedad (Beck, Brown, Steer, Eidelson y Riskind, 1987; Beck y Clark, 1988; Lumley y Harkness, 2007). Siguiendo esta línea, existen estudios que proponen como los esquemas tempranos se relacionan de forma diferente en función del trastorno psicológico que estemos estudiando (Lumley y Harkness, 2007).

Como se ha indicado, multitud de autores han relacionado los esquemas desadaptativos tempranos con la depresión. En adultos encontramos diversos estudios que han evaluado estas relaciones. De forma transversal encontramos estudios como el de Cormier, Jourda, Laros, Walburg y Callahan (2011), quienes en una muestra francesa

de población general de adultos ($n=172$, 106 mujeres, edad media=30), encontraron relación entre todos los esquemas, y en especial los esquemas de desconexión y rechazo y autonomía dañada, y la depresión, mostrando además la importancia de estos esquemas en la severidad de la misma. En otro estudio transversal llevado a cabo con estudiantes universitarios con una muestra de 194 jóvenes (edad media=19.3, 83 mujeres), el esquema de desconexión y rechazo fue el que más relacionado estaba con la depresión (Harris y Curtis, 2002). También encontramos el estudio de Eberhart, Auerbach, Bygda-Peyton y Abela (2011), que en una muestra de 118 mujeres (edad media = 21.28) encontró que la generación de estrés es un importante mecanismo por el cual los esquemas desadaptativos tempranos impactan con más fuerza en la depresión.

En cuanto a muestra clínicas con adultos en estudios transversales, el estudio de Wesley y Manjula (2015) con 30 pacientes diagnosticados de depresión (edades entre 18 a 60 años) y 30 individuos de población general de similar edad mostró que los dominios de esquema de desconexión y rechazo, autonomía dañada y foco en los demás aparecían a medida que la depresión aumentaba en los pacientes clínicos. En otro estudio transversal con una muestra de 60 adultos con depresión y 60 adultos como grupo de control, los esquemas de desconexión y rechazo y autonomía dañada eran más severos en los pacientes con depresión (Qasemi, Sayyadi y Akbari, 2014). Finalmente encontramos el estudio de Shah y Waller (2000), que en una muestra de 60 pacientes con depresión y 67 sujetos de población general sanos mostraron la importancia de trabajar en los esquemas desadaptativos tempranos en general de cara a mejorar el tratamiento de la depresión.

En cuanto a estudios longitudinales con adultos uno relevante es el llevado a cabo por Halvorsen, Wang, Eisemann y Waterloo (2010). Este estudio realizado en una muestra de 115 sujetos (edad media = 29) divididos en tres grupos (tenían depresión,

habían tenido depresión y nunca la habían padecido) evaluó cómo los esquemas afectan a la depresión. Tomaron medidas de los esquemas y de la depresión, y las repitieron 9 años más tarde, encontrando que el esquema que más generaba vulnerabilidad hacia la depresión era el de desconexión y rechazo. Por otro lado, el estudio de Cámara y Calvete (2012) en una muestra de 374 jóvenes incluyó medidas repetidas con un intervalo de 5 meses (edad media = 19.17; 249 mujeres) y mostró que el esquema de privación emocional, que está dentro del dominio de desconexión y rechazo, aumentaba los síntomas depresivos. Además, probaron el modelo de diátesis del estrés, encontrando resultados diferentes para mujeres y para hombres. Respecto a las mujeres encontraron que aquellas que poseían altos niveles de esquemas desadaptativos tempranos mostraban altos niveles de depresión independientemente del nivel de estresores. En cambio, los hombres mostraron resultados consistentes con el modelo de diátesis del estrés, el cual propone que la depresión emerge cuando los estresores se combinan con vulnerabilidades cognitivas preexistentes como indican Abramson et al., (1989) y Beck (1976).

En muestras de adolescentes, Roelofs, Lee, Ruijten y Lobbestael (2011) realizaron un estudio transversal con una muestra de colegios ($n = 222$, 138 mujeres con media de edad de 14,7) y mostraron cómo los esquemas de desconexión y rechazo y foco en los demás se relacionaban con la depresión. En cuanto a estudios transversales con muestras clínicas, encontramos el de Braet, Van Vlierberghe, Vandevivere, Theuwis y Bosmans (2012), quienes en una muestra de 228 adolescentes (81 mujeres, edad media = 15.05) obtuvieron unos resultados que sugerían que una medida de esquemas general estaba asociada fuertemente a los síntomas depresivos. Además, también probó el modelo de diátesis estrés con resultado satisfactorio. Finalmente, otro estudio transversal con muestra clínica ($n = 104$; 41 mujeres) y no clínica ($n = 112$; 38

mujeres) con media de edad total de 14.60 años, llevado a cabo por Van Vlierberghe, Braet, Bosmans, Rosseel y Bögels (2010), comparó los esquemas de los dos grupos y como se relacionaban con diversas patologías mostrando que los esquemas eran más altos en la muestra clínica y mostraban correlaciones más altas con las patologías analizadas en dicho estudio (problemas internalizantes, externalizantes, de conducta, afectivos, ansiosos, etc.)

En cuanto a estudios longitudinales en muestras de adolescentes encontramos el de Calvete et al. (2013), que, en una muestra final de 1187 estudiantes (545 mujeres, edad media = 13.42) con medidas en dos tiempos con un espacio de 6 meses, encontró que el dominio de desconexión y rechazo predecía un aumento de los síntomas depresivos de forma prospectiva. Además, este estudio sugirió que lo establecido previamente por el modelo de diátesis del estrés era mucho más complejo. Otro estudio de los mismos autores (Calvete, Orue y Hankin, 2015), en una muestra de 1281 adolescentes (593 mujeres, edad media=13.61), con dos tiempos de medidas separados por 6 meses, indicó que los dominios de esquema de desconexión y rechazo, autonomía dañada y foco en los demás se asociaban a los síntomas depresivos y predecían una mayor estabilidad de los mismos a lo largo del tiempo. Finalmente, el estudio de Mateos-Pérez, Calvete y Hankin (2015), longitudinal de tres tiempos con intervalos entre medidas de 6 meses con una muestra de 982 estudiantes (463 chicas, edad media = 13.42), mostró que los adolescentes que puntuaban alto en los esquemas del dominio de autonomía dañada experimentaban un aumento de la depresión a lo largo del tiempo.

1.3.3-Modelo de Respuesta de Nolen-Hoeksema-Rumiación: “Brooding y Reflection”.

Otra de las líneas de trabajo que sigue esta tesis es la propuesta por Susan Nolen-Hoeksema (1991). Esta autora desarrollo una teoría denominada “Teoría de los Estilos de Respuesta”. Esta teoría sugiere que la forma en la que el individuo responde a los

primeros síntomas de la depresión puede influir en la intensidad y la duración de los mismos e incluso puede favorecer la aparición de un cuadro clínico de depresión. La teoría propone dos formas de respuesta: las respuestas de distracción, que serían las respuestas adaptativas positivas para ignorar los síntomas depresivos y focalizar la atención en actividades positivas o neutrales y, por otro lado, las respuestas rumiativas, que se hipotetizan como responsables de prolongar e intensificar los episodios depresivos (Just y Alloy, 1997). Las rumiaciones depresivas consistirían en pensamientos recurrentes sobre por qué se experimentan síntomas depresivos o sobre las posibles causas y consecuencias de los mismos.

Lo más destacable de esta teoría es que los individuos que caen en rumiaciones depresivas sufrirán durante mucho más tiempo los efectos de un estado de ánimo depresivo en comparación con aquellos otros individuos que pueden focalizar su atención en otros pensamientos diferentes.

Esta teoría se propuso inicialmente porque las mujeres son dos veces más propensas que los hombres a mostrar depresión (Nolen-Hoeksema, 1987, 1990). Esta autora argumenta que las mujeres son más propensas a tener respuestas de rumiación cuando están deprimidas. De esta forma amplían sus síntomas y extienden el episodio depresivo. Los hombres, en cambio, son más propensos a distraerse de este estado de ánimo deprimido, lo que reduce sus síntomas. Evidencias de este planteamiento las encontramos en el estudio que la propia Nolen- Hoeksema y colaboradores llevaron a cabo en un grupo de personas en las que se evaluaron sus estados de ánimo depresivo y las respuestas a estos durante 30 días (Nolen-Hoeksema, Morrow, y Fredrickson, 1991). Las mujeres en este estudio fueron significativamente más propensas a rumiar en respuesta a su estado de ánimo deprimido frente a los hombres. Además, las mujeres

experimentaron periodos más largos y más severos de depresión. A pesar de ellos, los hombres también se ven afectados por este problema, pero en menor medida.

Cómo se ha comentado anteriormente, se propone que la tendencia a la rumiación en respuesta al afecto depresivo aumenta tanto la duración como la gravedad de los síntomas depresivos (Nolen-Hoeksema, 1991; Nolen-Hoeksema, Wisco y Lyubomirsky, 2008). Esta hipótesis ha ganado mucha fuerza en los últimos años y ha ganado mucho apoyo en la investigación, tanto en adolescentes como en adultos (e.g., Bastin, Mezulis, Ahles, Raes y Bijttebier, 2015; Grierson, Hickie, Naismith y Scott, 2016; Padilla y Calvete, 2011). Una revisión importante de este concepto fue realizada precisamente por Nolen-Hoeksema y sus colaboradores (2008). En este estudio se revisaron todos los conceptos de la teoría de respuesta que han sido bien respaldados. Se incluyó evidencia de cómo la rumiación exagera la depresión, mejora el pensamiento negativo, dificulta la resolución de problemas, interfiere con el comportamiento instrumental y erosiona el apoyo social. En concreto, los autores argumentan que la rumiación parece predecir más consistentemente el inicio de la depresión que la duración. Además, la rumiación interactúa con otros estilos cognitivos negativos para predecir la duración de los síntomas depresivos.

El estilo rumiativo es por tanto un factor de riesgo para padecer un trastorno depresivo mayor durante la adolescencia y consecuentemente durante la vida adulta (Hamilton et al., 2013), además de que también está fuertemente asociado con el estrés (Michl, McLaughlin, Shepherd y Nolen-Hoeksema, 2013). Más aún, hay estudios que indican que la rumiación se hace cada vez más potente y se asocia más a la depresión a partir de la adolescencia (Felton, Cole y Martín, 2010). Otros estudios sugieren que los estilos rumiativos son más frecuentes en las mujeres que en los hombres y además de ser uno de los factores fundamentales de depresión durante la adolescencia, los estilos

rumiativos predicen la severidad y la duración con la que el episodio depresivo podría darse (Stone, Hankin, Gibb y Abela, 2011).

Recientemente se han identificado dos componentes del estilo de respuesta rumiativo. (Treyner, González y Nolen-Hoeksema, 2003). Estos dos componentes son por sus nombres en inglés “*brooding*” y “*reflection*”. Si bien *brooding* no tiene una traducción clara, *reflection* haría referencia a la reflexión, aunque esta traducción no es del todo precisa como ocurre con muchos términos anglosajones. En un estudio el concepto de “Brooding” se tradujo al castellano como “mascullamiento” (Solar, Rincón y Melipillán, 2007). En la presente tesis doctoral se utilizarán los términos anglosajones. Estos dos componentes se conceptualizan dentro del estilo rumiativo con propiedades adaptativas diferentes (Huffziger y Kuhner, 2012). La definición de cada uno de ellos sería la siguiente:

Reflection: Hace referencia a las conductas del individuo que están relacionadas con el análisis de las dificultades vividas. Un ejemplo sería el individuo que se va a algún lugar solitario para pensar acerca de sus sentimientos.

Brooding: Como se ha comentado, el término de “Brooding” no tiene una traducción clara, puesto que su traducción literal sería la de rumiación. Básicamente se trata de una forma específica de rumiación que implica una cognición con un valor emocional negativo y dirigido al malestar experimentado y que además se asocia a una evaluación negativa de uno mismo. Un ejemplo sería el individuo que piensa, ¿Qué he hecho yo para merecer esto?

Numerosos estudios han encontrado que ambos componentes de la rumiación predicen niveles de síntomas depresivos. De esta forma encontramos el estudio de Grassia y Gibb (2008), quienes en un estudio transversal con una muestra de 83 jóvenes

(58 mujeres; edad media = 19.41) encontraron que tanto el “brooding” como “reflection” estaban relacionados con altos niveles de síntomas depresivos. Además, los resultados de este estudio sugirieron que el efecto del “brooding” sobre los síntomas depresivos era más fuerte. Otro estudio transversal realizado por Raes y Herman (2008), con una muestra de 101 estudiantes (83 mujeres; edad media = 19.64 años) encontró que los dos tipos de rumiación se relacionaban de forma diferente con la depresión cuando se producían situaciones de bullying. De esta forma el “brooding” mediaba la relación entre el bullying y la depresión incluso cuando la “reflection” estaba fuera de análisis, en cambio la “reflection” no medio ninguna relación ni estaba relacionada con la depresión. Otro estudio transversal llevado a cabo por Xavier, Cunha y Pinto-Gouveia (2016), realizado en 542 adolescentes (287 mujeres, edad media = 14), encontró que el “brooding” y “reflection” estaban relacionados con los síntomas depresivos y el estrés. Además, se vio que el “brooding” estaba más relacionado con síntomas internalizantes. Siguiendo esta línea encontramos el estudio de Young, Dietrich y Lutenbacher (2014) que llevaron a cabo un estudio transversal en una muestra de 111 jóvenes (edad media = 13.5). Estos autores sugirieron que los dos componentes de la rumiación contribuían significativamente a la depresión en adolescentes cuando estos experimentaban sucesos vitales estresantes. También indicaron que altos niveles de sucesos estresantes estaban fuertemente asociados con el “brooding” y con los síntomas depresivos. Tanto “brooding” como “reflection” correlacionaban con los síntomas depresivos, pero la correlación fue más alta con “brooding”. También observaron que los hombres mostraban más componente “reflection” que las mujeres.

Por tanto, en general se puede observar cómo ambos componentes están relacionados con los síntomas depresivos, si bien varios estudios sugieren que el

“brooding” tiene un efecto más perjudicial sobre los síntomas depresivos. Sin embargo, también hay estudio que fallan a la hora de encontrar resultados significativos para “reflection”. El estudio longitudinal de 4 tiempos en cuatro años de Mezulis, Simonson, McCauley y Vander Stoep (2011), llevado a cabo en una muestra de 521 adolescentes (249 mujeres; media de edad al final del estudio=15.01), observó cómo solamente el “brooding” estaba asociado a altos niveles de síntomas depresivos. Otro estudio longitudinal de tres tiempos con intervalos de seis meses llevado a cabo por Padilla y Calvete (2015) en una muestra final de 998 adolescentes (449 mujeres, edad media = 13.42) concluyó que los dos componentes de la rumiación contribuyen de forma separada al desarrollo de los síntomas depresivos a lo largo del tiempo. Además, se sugirió que el “brooding” actúa como factor de vulnerabilidad cognitiva para la depresión de forma más fuerte en mujeres que en hombres. Finalmente, encontramos el estudio transversal de Yang, Zhang y Yao (2010), quienes en una muestra de 618 adolescentes (316 mujeres) encontraron que solo el “brooding” predecía los síntomas depresivos.

Otros estudios muestran resultados algo dispares, como el realizado en una muestra de jóvenes (n = 249; edad media = 14.29) de manera longitudinal con dos tiempos con un intervalo de un año en el cual “brooding” no predijo síntomas depresivos a lo largo del tiempo (Verstraeten, Vasey, Raes, & Bijttebier, 2010). Además, los resultados sugirieron que “reflection” podía ser un factor de protección, disminuyendo la probabilidad de que los síntomas depresivos permanezcan durante más de un año entre los niños más mayores. Como contrapartida, encontramos un estudio transversal llevado a cabo en una muestra de 205 jóvenes (124 mujeres; edad media=18) que sugiere que “reflection” puede amplificar los efectos negativos del “brooding” en los síntomas depresivos en condiciones de estrés (Junkins & Haefel, 2017).

Estos resultados tan dispares nos muestran la importancia de continuar investigando sobre cómo afecta la rumiación y sus dos componentes a la depresión.

1.3.4-Relación entre Esquemas Tempranos y Rumiación.

Una de las premisas de la teoría cognitiva es que ciertos dominios de esquemas guían niveles más superficiales de procesamiento cognitivo tales como la rumiación. De esta manera, el estilo de respuesta rumiativo podría ser el mecanismo por el cual diversas vulnerabilidades cognitivas incrementan los síntomas de depresión (Lo, Ho y Hollon, 2008; Spasojevic y Alloy, 2001).

Por tanto, de acuerdo con la estructura jerárquica de las cogniciones, se supone que los esquemas desadaptativos tempranos guiarán los procesos cognitivos posteriores, incluyendo las respuestas rumiativas (Beck et al., 1979; Segal, 1988). En el modelo de terapia de esquemas, Young et al. (2003) propusieron que los esquemas guían las respuestas de afrontamiento que incluyen estrategias cognitivas y emotivas. Cuando se activa un esquema, una de las reacciones típicas es la de rendirse. En este caso, las personas enfocan su atención a la emoción dolorosa que está asociada con el esquema y los aspectos negativos de la situación que confirman los contenidos del esquema para que el esquema se perpetúe y se fortalezca. Por lo tanto, a partir de este modelo, se espera que los esquemas desadaptativos tempranos predigan los procesos negativos como la rumiación. Unos pocos estudios longitudinales han obtenido apoyo para la hipótesis de que los esquemas cognitivos predicen niveles más superficiales de cogniciones. La mayoría de estos estudios examinan si ciertos esquemas predicen el procesamiento de información social relacionado con la agresión (Calvete y Orue, 2012; Huesmann y Guerra, 1997), las inferencias negativas asociadas con la depresión (Mateos-Pérez, Calvete y Hankin, 2015) y los pensamientos automáticos (Calvete et al., 2013). De esta forma, el papel de los esquemas como predictores de los procesos

rumiativos sigue siendo poco estudiado. Hasta donde sabemos, solo un estudio longitudinal, además del que se incluye en la presente tesis, ha examinado si los esquemas desadaptativos tempranos predicen aumentos de la rumiación (Orue, Calvete y Padilla, 2014). En este estudio longitudinal de tres tiempos con 6 meses de intervalo y una muestra final de 948 adolescentes (435 mujeres, edad media = 13.44), los resultados proporcionan un apoyo parcial a la hipótesis mediacional planteada de que los esquemas desadaptativos tempranos predicen cambios prospectivos en los síntomas de depresión a través del aumento del componente “brooding” dentro de la rumiación. Además, el dominio de foco en los demás predijo un cambio prospectivo en el “brooding” que a su vez produjo un aumento en los síntomas depresivos.

1.4-Modelo Transaccional de Vulnerabilidad Cognitiva.

Como se ha indicado, los modelos tradicionales de terapia cognitiva sugieren que los factores estresantes y las vulnerabilidades cognitivas predicen la depresión. En contraste, modelos más recientes de psicopatología, como el modelo transaccional de vulnerabilidad cognitiva al estrés de Hankin y Abramson (2001) y el modelo de cascada propuesto por Masten y Cicchetti (2010), afirman que las relaciones entre las vulnerabilidades cognitivas, los factores estresantes y los síntomas de depresión pueden ser recíprocos. Así, estos modelos extienden el concepto tradicional de la diátesis del estrés proponiendo que las relaciones entre las cogniciones, los síntomas depresivos y los estresores son dinámicas y bidireccionales.

Estos modelos postulan que los estilos cognitivos actúan como factores de vulnerabilidad para el desarrollo de la depresión, pero además otros factores como puede ser un estado de ánimo depresivo y los estilos cognitivos pueden generar una cadena de sucesos que conduce a generar más factores estresantes, pudiendo empeorar las vulnerabilidades cognitivas y en último lugar contribuir a aumentar los síntomas

depresivos a lo largo del tiempo (Hankin, Wetter y Cheely, 2008). Dicho de otro modo, más simple, se enfatiza la importancia de las relaciones bidireccionales entre las cogniciones, los factores estresantes y los síntomas depresivos, lo que sugiere que los individuos a veces caen en una espiral donde todos estos factores se influyen mutuamente.

Masten y Cicchetti (2010) proponen que las asociaciones entre estas variables (vulnerabilidades cognitivas, los factores estresantes y los síntomas depresivos) pueden ser directas y unidireccionales, directas o bidireccionales, o indirectas a través de varias vías. No solo el estrés y las vulnerabilidades cognitivas, como los esquemas desadaptativos tempranos y la rumiación, pueden conducir al desarrollo de la depresión, sino que también la depresión y las vulnerabilidades cognitivas pueden generar estrés (es decir, el mecanismo denominado generación de estrés), y la depresión y el estrés pueden empeorar las vulnerabilidades cognitivas (es decir, el mecanismo de empeoramiento cognitivo). Algunos de estos mecanismos transaccionales se describen a continuación.

1.4.1-Modelo de Generación de Estrés.

El modelo de generación de estrés de Contance Hammen (1991, 2009) postula la visión de que el individuo es un agente activo en su relación con el entorno que le rodea ya que contribuye a que ocurran sucesos estresantes dependientes de la propia conducta del individuo que influyen en el desarrollo de la depresión.

Por tanto, individuos deprimidos pueden contribuir a generar niveles de estrés adicional en sus vidas. De esta manera, los niveles iniciales de depresión predicen el incremento futuro de los niveles de estrés, y de esta forma, estos niveles de estrés contribuyen a perpetuar los síntomas de depresión posteriores. Dicho de otro modo, este

mecanismo de generación de estrés implica que las personas que sufren depresión, o son más propensas a padecerla, experimentan niveles más altos de estrés durante sus vidas y esto está influenciado por sus propios pensamientos y comportamientos (Cohen et al., 2013; Bouchard y Shih, 2013; Hammen, 2003; Liu, 2013).

Este modelo examina particularmente el papel de los sucesos vitales dependientes. Estos sucesos son aquellos en los que su aparición está determinada por las particularidades de la persona o son el resultado de algo que ha realizado el individuo. En la mayoría de las investigaciones, se evalúan los estresores dependientes del tipo interpersonal, referidos a las relaciones con otras personas (Hammen, 2005). Por tanto, el modelo es específico para factores estresantes dependientes, es decir, aquellos que pueden verse afectados por el comportamiento del individuo. En adolescentes, varios estudios han obtenido evidencia para la generación del estrés en adolescentes (e.g., Flynn y Rudolph, 2011; Hazel et al., 2008; Mezulis et al., 2010). Un estudio longitudinal comentado encontró que el dominio de desconexión y rechazo predecía un aumento de los síntomas depresivos de forma prospectiva. Además, esta investigación sugirió que lo establecido previamente por este modelo de diátesis del estrés era mucho más enmarañado. Los resultados de este estudio sugirieron cómo los síntomas depresivos y las vulnerabilidades cognitivas contribuían a la generación del estrés, y el estrés y los síntomas depresivos contribuían a empeorar estas vulnerabilidades cognitivas, resultados muy interesantes de cara a entender las relaciones bidireccionales entre estas variables.

El modelo de generación del estrés se ha extendido para incluir el papel de las vulnerabilidades cognitivas en la generación de nuevos factores estresantes (Liu, 2013). De esta forma, algunos estudios realizados en el campo de los esquemas desadaptativos tempranos indican que estos predicen el aumento de estresores (Calvete et al., 2013;

Eberhart et al., 2011) Por otro lado, los hallazgos en el campo de la rumiación como un predictor del aumento de los factores estresantes han sido bastante heterogéneos y en general no han diferenciado entre “brooding” y “reflection”. Así pues, algunos estudios han encontrado que la rumiación, como medida general, predice los estresores interpersonales en una muestra de estudiantes de pre-grado (Flynn, Kecmanovic y Alloy, 2010). En cuanto a muestras de adolescentes, dos estudios encontraron que una medida de rumiación general predecía la victimización por bullying, que como hemos descrito es un importante estresor para adolescentes (McLaughlin y Nolen-Hoeksema, 2012; Shapero, Hamilton, Liu, Abramson y Alloy, 2013). Finalmente, y contrastando con estos resultados, Hamilton et al. (2013) encontraron que una medida de rumiación general no era predictiva de ningún tipo de estrés en adolescentes.

1.4.2-Empeoramiento Cognitivo.

Existe el riesgo de que los síntomas depresivos y la ocurrencia de estresores puedan empeorar los estilos cognitivos, concepto que se conoce como empeoramiento cognitivo (Calvete et al., 2013). El origen de esta idea está en el fenómeno denominado “scar hypothesis” planteado por Lewinsohn, Steinmetz, Larson y Franklin (1981) que hace referencia a un déficit residual relativamente permanente creado por un episodio de depresión anterior, de la misma forma que una operación quirúrgica deja una cicatriz física. Se postula por tanto que independientemente de si las cogniciones negativas preceden a la depresión, tales cogniciones son un residuo más o menos permanente de un episodio de depresión. De acuerdo a esta hipótesis, los sujetos con antecedentes de depresión previa continúan exhibiendo cogniciones depresivas incluso después de haberse recuperado (Lewinsohn et al., 1981). De este modo, tanto los síntomas depresivos como los estresores pueden predecir un aumento de las vulnerabilidades cognitivas, tales como los esquemas disfuncionales tempranos y la rumiación.

Algunos estudios han encontrado evidencia de este mecanismo en esquemas desadaptativos tempranos. Por ejemplo, el estudio de Calvete et al. (2013) indicó que los niveles iniciales de estresores y síntomas depresivos contribuyen a incrementar los niveles individuales de riesgos cognitivos para la depresión, incluyendo esquemas y estilos inferenciales. En otro estudio, Nolen-Hoeksema, Girgus y Seligman (1992) realizaron un seguimiento de 5 años en una muestra de niños y encontraron que muchos de los niños que habían experimentado altos niveles de depresión mostraron un deterioro de sus estilos cognitivos en un seguimiento de 6 meses mayor que los niños con niveles más bajos de síntomas depresivos.

Se han realizado investigaciones más limitadas sobre la forma en que la depresión y los factores estresantes pueden empeorar el estilo rumiativo. Los estudios sobre este tema han examinado si los factores de estrés como la victimización por parte de iguales (bullying) aumenta la rumiación. En esta línea, en una muestra de adolescentes de población general, Barchia y Bussey (2010) encontraron que los factores estresantes predecían un aumento de la rumiación. Además de esto, la relación entre los factores estresantes al comienzo del estudio y el nivel de sintomatología depresiva presentada ocho meses después fue parcialmente mediada por la depresión. En otro estudio llevado a cabo por Calvete et al. (2015), se encontró que los factores de estrés y los síntomas depresivos aumentaron las puntuaciones de la rumiación, aunque estos efectos no fueron consistentes a lo largo de los tres tiempos del estudio. Finalmente, Raes y Herman (2008) usaron medidas de los dos componentes de la rumiación (Brooding y Reflection), encontrando que la victimización por parte de iguales predijo las puntuaciones de “brooding”.

1.5-Conclusiones

La importancia de esta tesis doctoral radica en ampliar el conocimiento existente sobre el papel de dos vulnerabilidades cognitivas (esquemas desadaptativos tempranos y estilo rumiativo) en la depresión en adolescentes. Desde la revisión de la bibliografía se concluye que pocos estudios abordan modelos de diátesis del estrés con los esquemas y sobre todo de una forma longitudinal. La escasa investigación previa se centró en medidas generales de estrés (Braet et al. 2013; Calvete et al. 2015, 2007; Cámara y Calvete 2012; Eberhart et al., 2011; Schmidt y Joiner 2004) y sería importante evaluar si los esquemas tempranos moderan el impacto del bullying, un estresor de gran relevancia en la adolescencia, en el desarrollo de síntomas depresivos. El primer estudio de la tesis abordará este problema.

Los modelos actuales de psicopatología que proponen relaciones bidireccionales entre vulnerabilidades cognitivas, síntomas de depresión y estresores son de gran interés por sus potenciales implicaciones para las intervenciones (Masten y Cicchetti, 2010). Sin embargo, estas son escasas especialmente en la adolescencia por lo que se requiere profundizar en los mecanismos transaccionales entre estas variables. Más aún, los estudios anteriores basados en estos modelos en general no tienen en cuenta la asociación entre niveles diferentes de cogniciones. Tal y como se ha descrito, la mayoría de las teorías cognitivas consideran que las cogniciones están jerárquicamente organizadas y que niveles más profundos (esquemas) predicen niveles cognitivos más superficiales o procesuales (rumiación, inferencias, etc.). Por ello, sería importante evaluar este aspecto desde los modelos transaccionales. El segundo estudio de esta tesis intentará dar respuesta a esta cuestión.

Finalmente, la gran mayoría de los estudios realizados sobre la perspectiva transaccional se han llevado a cabo con muestras de la comunidad, habiendo una

escasez de investigación en muestras clínicas. Este aspecto es muy importante y necesario de ser evaluado dado que los mecanismos transaccionales podrían ser más intensos en muestras clínicas, contribuyendo así a explicar el círculo vicioso en el que muchos jóvenes pueden quedar atrapados. El tercer estudio de esta tesis aborda esta problemática, dando así una visión más clínica a la evaluación.

1.6-Objetivos e Hipótesis de la Tesis

1.6.1-Objetivos e Hipótesis del Estudio 1

Objetivo:

1. El objetivo de este primer estudio es evaluar si los esquemas desadaptativos tempranos moderan el impacto del bullying (McLaughlin & Nolen-Hoeksema, 2012; Shapero, Hamilton, Liu, Abramson, & Alloy, 2013) en los síntomas depresivos en adolescentes.

Hipótesis:

2. Se esperó encontrar que los esquemas desadaptativos tempranos evaluados (Desconexión y rechazo, autonomía dañada y foco en los demás) aumentarían el impacto del bullying en los síntomas depresivos.

1.6.2-Objetivos e Hipótesis del Estudio 2

Objetivos:

1. Tal y como enfatizan los modelos transaccionales de psicopatología, las relaciones entre los factores de riesgo, las vulnerabilidades y los problemas psicológicos son complejos y además incluyen vías directas, indirectas y bidireccionales (Masten y Cicchetti, 2010). El primer objetivo de este segundo estudio es evaluar si las relaciones longitudinales entre los estresores, las

vulnerabilidades cognitivas (esquemas desadaptativos tempranos y rumiación) y los síntomas depresivos son bidireccionales.

2. A su vez, dado que la teoría cognitiva propone que los niveles más profundos de cogniciones predicen niveles más superficiales, se evaluó en qué medida los esquemas desadaptativos tempranos predicen niveles posteriores de rumiación.

Hipótesis:

1. La primera hipótesis que se planteó es que las vulnerabilidades cognitivas y los factores estresantes predecirían un aumento de los síntomas depresivos; las vulnerabilidades cognitivas y los síntomas depresivos predecirían un aumento de los factores estresantes; y los síntomas depresivos y los estresores predecirían un empeoramiento de las vulnerabilidades cognitivas.
2. La segunda hipótesis es que los esquemas desadaptativos tempranos evaluados (desconexión y rechazo, foco en los demás y autonomía dañada) actuaran como un nivel más profundo de cogniciones que predecirían la rumiación, de modo que la rumiación mediaría entre estos esquemas y los síntomas depresivos.

1.6.3-Objetivos e Hipótesis del Estudio 3

Objetivo:

1. El objetivo de este estudio fue examinar las asociaciones bidireccionales entre los síntomas depresivos, los estresores y los esquemas disfuncionales tempranos (desconexión y rechazo, foco en los demás y autonomía dañada) en una muestra de adolescentes con sintomatología depresiva y población general.

Hipótesis:

1. Se esperó encontrar que los adolescentes que muestran más sintomatología depresiva mostrarán asociaciones más intensas entre los síntomas depresivos, los estresores y los esquemas disfuncionales tempranos examinados.

CAPÍTULO 2: ESTUDIO 1: Esquemas Desadaptativos Tempranos como Moderadores de la Asociación entre el Bullying y los Síntomas Depresivos en Adolescentes.

Alba, J., Calvete, E., Wante, L., Marie-Lotte, V. B., & Braet, C. (2018). Early maladaptive schemas as moderators of the association between bullying victimization and depressive symptoms in adolescents. *Cognitive Therapy and Research*, 42(1), 24-35. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10608-017-9874-5>

CAPÍTULO 3: ESTUDIO 2: Relaciones Bidireccionales entre Estrés, Síntomas Depresivos y Vulnerabilidades Cognitivas en Adolescentes.

Alba, J., & Calvete, E. (In press). Bidirectional Relationships between Stress, Depressive Symptoms, and Cognitive Vulnerabilities in Adolescents. *Journal of Social and Clinical Psychology*

CAPÍTULO 4: ESTUDIO 3: Relaciones Bidireccionales entre Depresión, Estrés y Esquemas Disfuncionales Tempranos en Adolescentes de una Muestra Clínica y Comunitaria.

Alba, J., & Calvete, E. (In press). Bidirectional Relationships between Depression, Stress, and Early Maladaptive Schemas in Adolescents of a Clinic and a Non-Clinic Sample. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*

CHAPTER 5: DISCUSSION AND OVERALL CONCLUSIONS

This Doctoral Thesis investigates the mechanisms involved in the relationship between early maladaptive schemas and depression in adolescents. Thus, it includes relevant objectives such as the determination of whether early maladaptive schemas moderate the impact of bullying on depressive symptoms in adolescents and a review of the bidirectional temporal relations between those schemas and depression, stress, bullying, and two components of rumination — brooding and reflection.

Furthermore, this thesis takes as its theoretical framework the transactional model of cognitive vulnerability proposed by Hankin and Abramson (2001) and the cascade model (Masten et al., 2005), from which follows that the relationships between cognitive vulnerabilities, stress, and depression are dynamic and bidirectional. Thus, it is suggested that stress and negative cognitive styles increase the likelihood of experiencing depressive symptoms, and once these levels of depression increase, they, in turn, increase the likelihood of new stressors and worsen the cognitive vulnerabilities. Finally, these models integrate the stress generation model (Hammen, 1991), which has become important in recent years and which proposes the prediction of new stressors from depression and cognitive styles. Added to this is the cognitive worsening that emerges due to stress and depression (Calvete et al., 2013).

Research on these models applied conjointly with ruminative styles and early dysfunctional schemas is almost non-existent. Few studies have examined these mechanisms in clinical samples of adolescents, a key aspect to understand the development and maintenance of depression. The findings and main conclusions of this thesis are summarized below.

The first study of this thesis examined how the domains of the early schemas of disconnection and rejection, focus on others, and impaired autonomy moderate the relationship between bullying experienced by adolescents and depressive symptoms. It drew on a model of diathesis-stress in which bullying was considered as a stressor in the adolescent's life, which, if it occurs, would increase the risk of developing depressive symptoms. This study extended the existing literature. The results show how adolescents with low scores in the analyzed schema domains have fewer depressive symptoms compared with those who have high scores in these domains. It was also found that adolescents who had high scores in bullying scored higher in depressive symptoms. While all the analyzed schema domains moderated the association between bullying and the level of depressive symptoms, only the schemas of disconnection and rejection and the schema of focus on others moderated the association between bullying and depressive symptoms. This suggests that, when situations of bullying occur, the effects are more negative in adolescents who have early maladaptive schemas more closely related to interpersonal domains. Although the impaired autonomy schema was related to depressive symptoms, it did not moderate the impact of bullying. This may be because this schema domain is more relevant for stressors related to achievement (Young et al., 2003).

In Study 1, the role of age and gender was also examined. Age was positively associated with the level of depressive symptoms, showing that they increase during adolescence (Avenevoli et al., 2015; Hankin et al., 1998). In addition, age was associated with higher scores in the schema domain of disconnection and rejection, suggesting that the schemas within this domain worsen over time. Regarding bullying, no associations were found with age, which is consistent with other studies (Calvete, Fernández-González, González-Cabrera, & Gámez-Guadix., 2017). In terms of the

adolescents' gender, girls scored higher than boys in depression as well as in the early maladaptive schemas measured.

The second study attempted to identify some of the mechanisms involved in the maintenance of depression from a transactional perspective. In this study, the bidirectional relationships between stress, depression, and two levels of cognitive vulnerabilities (early maladaptive schemas and rumination) were analyzed longitudinally (at four time-points). The results show many predictive associations between the studied variables.

In terms of prediction of depressive symptoms, the schema domain of disconnection and rejection systematically predicted increased symptoms over time. In this case, the other two schema domains analyzed (impaired autonomy and focus on others) did not predict any depressive symptoms over time. Therefore, the results reinforce the relevance of the schemas of disconnection and rejection in depression. The contents of this domain (imperfection, expectations of abuse, emotional deprivation) may be especially harmful for adolescents. In terms of stressors, as of the second time-point, they began to predict an increase in depressive symptoms consistently across all the time-points.

Contrary to all expectations, brooding and reflection did not predict an increase in depressive symptoms. An explanation for this may be the fact that early maladaptive schemas play a more important role as predictors of depressive symptoms than do ruminative styles. In our model, both the schemas and rumination were included simultaneously, and the results suggest that the components of rumination could be concomitant to depressive symptoms.

Study 2 also tested the hypothesis of cognitive impairment. Thus, depressive symptoms predicted an increase in the scores of the schema domain of disconnection and rejection at all the study times. Added to this, stressors predicted an increase of all the schema domains analyzed. These results are consistent with the model of schema therapy (Young et al., 2003), which proposes that schemas are activated by stressful circumstances that are relevant for the contents that make up these schemas.

In addition, as of the second time-point, stressors predicted an increase of the two components of rumination, brooding and reflection. The fact that the stressors only began to increase depressive symptoms and cognitive vulnerabilities as of the second time-point can be interpreted with a view to the temporal organization of the study. The study began in September, when the school course begins. At this time, stressors may be minimal after returning from school holidays and will increase again throughout the school year.

In terms of the stress generation hypothesis, the domain of disconnection and rejection systematically predicted an increase in stressors throughout all phases of the study. In this sense, it is important to emphasize that schemas can become self-fulfilled prophecies, because these schemas include expectations about oneself and the relationships with others, which can guide behavior and contribute to generating new stressful situations. Although schemas are highly dysfunctional, they tend to persist and remain stable. The generation of stress reinforces the content of the schemas and may be one of the mechanisms that integrate all of this (Calvete et al., 2017).

From a perspective that establishes a hierarchical organization of cognitions, I expected schemas to predict brooding and reflection, and that these would mediate the predictive association between schemas and depressive symptoms. In any case and

despite the evidence found supporting the schema domain of disconnection and rejection as a predictor of the two components of rumination, these did not predict an increase in depressive symptoms over time. As mentioned above, while the two components of rumination were associated transversely with depressive symptoms, these components did not predict an increase in symptoms.

Finally, the results of this second study suggested two consistent transactional processes through which adolescents may be immersed in a spiral of maintenance of depression. On the one hand, disconnection and rejection schemas tend to increase depressive symptoms and ruminative processes, in addition to generating new stressors. And on the other hand, stressors contribute to strengthening the schemas of disconnection and rejection and the other domains, as well as to increasing depressive symptoms and the tendency to ruminate.

The last study that concludes this thesis includes the comparison between a sample with high symptoms in depression and a sample without depression for some of the bidirectional relationships between the variables collected in Study 2. In this way, the main objective was to evaluate the bidirectional relationships between depressive symptoms, stressors, and the schemas of disconnection and rejection, focus on others, and impaired autonomy in a group of adolescents with high depressive symptomatology and to compare whether these relationships were similar to those obtained by a group without depression. Thus, I intended to extend the investigation carried out in Study 2 as well as the prior general investigation analyzed in this area, mainly based on studies in community samples.

The results obtained in this study are relevant. In the group with high symptoms of depression, the domain of disconnection and rejection predicted an increase in

depression, showing the importance of schemas in the development of depression. In terms of transactional models, in the same group, it was observed that stress predicted an increase in all the analyzed schemas. On another hand, the phenomenon of cognitive impairment became latent when showing how depressive symptoms predicted the increase in impaired autonomy schemas. In terms of stress generation, for the same group, no evidence was found because no variable at Time 1 predicted an increase of stressors. The most likely cause of this is the short time interval between measurements (4 months), as the increase in stressful circumstances may be less likely.

Finally, it was observed that, in the group without depression, only the autoregressive coefficients were statistically significant. All this suggests that adolescents who suffer from depression can become more easily immersed in a vicious spiral in which cognitive vulnerabilities increase depressive symptoms and, in turn, depressive symptoms, and especially stressful events, tend to worsen cognitive vulnerabilities.

5.1-General Conclusions

After analyzing the various studies carried out in the present thesis, the following can be concluded.

- Early maladaptive schemas of an interpersonal nature act moderators of the relationship between bullying (taken as a stressor) and levels of depressive symptoms. This is important in order to understand why early maladaptive schemas are relevant and cause adolescents' vulnerability when they are subjected to bullying.
- As proposed by transactional models of psychopathology, the relations between cognitive vulnerabilities, psychological disorders, and risk factors relate both directly and indirectly and bidirectionally. Thus, early maladaptive schemas, and

in particular the schema of disconnection and rejection, systematically predict an increase of depression and of new stressors over time. Depressive symptoms predict an increase in scores of the disconnection and rejection schema. Stress and depression predict a worsening of schemas. All these mechanisms are important in order to understand the mechanisms that underlie stress and depression in adolescents.

- Early maladaptive schemas seem to act as deeper levels of thinking that predict ruminative responses, which are considered shallower levels of thinking.
- The previous mechanisms are more intense in clinical samples or in high depressive symptomatology.

5.2-Practical Implications:

The different studies presented in this thesis have implications for clinical practice in the treatment of depression and stress and in the prevention of situations of bullying.

In the first study, the importance of bullying in relation to depression is shown, which is why it is very important to pay attention to situations of bullying in schools. Although bullying prevention programs are costly both in time and money, the benefits of implementing them in the classroom far exceed these costs, as they help the boys and girls who are at risk of suffering bullying. In addition, it is also important to address early maladaptive schemas in order to reduce their influence. Schema therapy is effective in the reduction of these schemas. This therapy integrates various psychological techniques, ranging from the cognitive behavioral area to experimental areas used in the patient-therapist relationship.

The results show the existence of important transactional processes through which young people are trapped in a spiral of depression. On the one hand, the schemas of the domain of disconnection and rejection tend to increase depressive symptoms and ruminative processes, in addition to generating new stressors. And on the other hand, the stressors contribute to reinforcing these schemas of disconnection and rejection as well as those of other domains, also increasing depressive symptoms and the tendency to rumination. Therefore, the identification of the schemas suffered by adolescents is crucial within the therapeutic approach, as their treatment will affect depression, stressors, and rumination.

5.3-Limitations, strengths and future lines:

Throughout the three publications, the strengths and limitations of each study have been highlighted. Starting with the limitations, it is important to highlight the exclusive use of self-report measures. Although they reflect adolescents' experience, it is important to note that the inclusion of other sources of information would offer less probabilities of bias. It would have been interesting to have reports of the parents as well as of the teachers involved in the adolescents' education. In this study, parents were asked to complete measures about the symptoms and stressors of their children, but the low response rate prevented their use in the analysis.

One of the strengths of the studies is that they are longitudinal. In spite of this, in the last study, there were only two measurement periods, given the high dropout in the clinical sample. To improve this, future research should have a larger clinical sample to try to solve this problem.

Despite these limitations, this thesis offers a broad area on which to work and improve, providing new evidence for early maladaptive schemas, rumination, depression, stress, and bullying.

REFERENCIAS GENERALES

- Abela, J. R. Z., & Hankin, B. L. (2011). Rumination as a vulnerability factor to depression during the transition from early to middle adolescence: A multiwave longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology, 120*(2), 259-271. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0022796>
- Abela, J.R.Z., & Hankin, B.J. (2008). *Handbook of Depression in Children and Adolescents*. New York: The Guilford Press.
- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: a theory-based subtype of depression. *Psychological Review, 96*, 358–372.
- Alford, B. A., & Beck, A. T. (1994). Cognitive therapy of delusional beliefs. *Behavior Research and Therapy, 32* 369-380.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC.
- Auerbach, R. P., Bigda-peyton, J., Eberhart, N. K., Webb, C. A., & Ho, M. R. (2011). Conceptualizing the prospective relationship between social support, stress, and depressive symptoms among adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology, 39*(4), 475-87. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10802-010-9479-x>
- Avenevoli, S., Swendsen, J., He, J., Burstein, M., & Merikangas, K.R. (2015). Major depression in the national comorbidity survey adolescent supplement: Prevalence, correlates, and treatment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 54*(1), 37–44. doi:10.1016/j.jaac.2014.10.010.

- Barchia, K., & Bussey, K. (2010). The psychological impact of peer victimization: Exploring social-cognitive mediators of depression. *Journal of Adolescence*, *33*(5), 615-623.
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.adolescence.2009.12.002>
- Bastin, M., Mezulis, A. H., Ahles, J., Raes, F., & Bijttebier, P. (2015). Moderating effects of brooding and co-rumination on the relationship between stress and depressive symptoms in early adolescence: A multi-wave study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *43*(4), 607-618.
doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10802-014-9912-7>
- Beck, A. T. (1964). Thinking and depression: Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*, *10*, 561-571.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: Meridian.
- Beck, A. T., Brown, G., Steer, R. A., Eidelson, J. I., & Riskind, J. H. (1987). Differentiating anxiety and depression: A test of the cognitive content-specificity hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, *96*, 179-183.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. Guilford Press, New York, NY.
- Boisen, K. A., Kaleva, M., Main, K. M., Virtanen, H. E., & al, e. (2004). Difference in prevalence of congenital cryptorchidism in infants between two nordic countries. *The Lancet*, *363*(9417), 1264-9.

- Bouchard, L. C., & Shih, J. H. (2013). Gender differences in stress generation: Examination of interpersonal predictors. *Journal of Social and Clinical Psychology, 32*(4), 424-445. doi:<http://dx.doi.org/10.1521/jscp2013324424>
- Boulton, M. J., & Smith, P. K. (1994). Bully/victim problems in middle-school children: Stability, self-perceived competence, peer perceptions and peer acceptance. *British Journal of Developmental Psychology, 12*(3), 315-329. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.2044-835X.1994.tb00637.x>
- Bouma, E. M. C., Ormel, J., Verhulst, F. C., & Oldehinkel, A. J. (2008). Stressful life events and depressive problems in early adolescent boys and girls: The influence of parental depression, temperament and family environment. *Journal of Affective Disorders, 105*(1-3), 185-193. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2007.05.007>
- Bowes, L., Joinson, C., Wolke, D., & Lewis, G. (2016). Peer victimisation during adolescence and its impact on depression in early adulthood: Prospective cohort study in the United Kingdom. *British Journal of Sports Medicine, 50*(3), 176. doi:<http://dx.doi.org/10.1136/bjsports-2015-h2469rep>
- Braet, C., Van Vlierberghe, L., Vandevivere, E., Theuwis, L., & Bosmans, G. (2013). Depression in early, middle and late adolescence: Differential evidence for the cognitive diathesis–stress model. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 20*(5), 369-383.
- Calvete, E. (2005). Género y vulnerabilidad cognitiva a la depresión: el papel de los pensamientos automáticos. *Ansiedad y Estrés, 11*(2-3), 203-214.

- Calvete, E., Fernández-González, L., González-Cabrera, J. M., & Gámez-Guadix, M. (2017). Continued bullying victimization in adolescents: Maladaptive schemas as a mediational mechanism. *Journal of Youth and Adolescence*. doi:10.1007/s10964-017-0677-5.
- Calvete, E. & Orue, I. (2012). Social information processing as a mediator between cognitive schemas and aggressive behavior in adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40,105–117.
- Calvete, E., Orue, I., & Gamez-Guadix, M. (2016). Do extraversion and neuroticism moderate the association between bullying victimization and internalizing symptoms? A three-wave longitudinal study. *Journal of School Psychology*, 56, 1-11.
- Calvete, E., Orue, I., & Hankin, B. L. (2013). Early maladaptive schemas and social anxiety in adolescents: The mediating role of anxious automatic thoughts. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(3), 278-288. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.02.011
- Calvete, E., Orue, I., & Hankin, B. L. (2013). Transactional relationships among cognitive vulnerabilities, stressors, and depressive symptoms in adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(3), 399-410. doi:http://dx.doi.org/10.1007/s10802-012-9691-y
- Calvete, E., Orue, I., & 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(1), 85-99. doi:http://dx.doi.org/10.1007/s10862-014-9438-x

- Calvete, E., Orue, I., & Hankin, B. L. (2015). Cross-lagged associations among ruminative response style, stressors, and depressive symptoms in adolescents. *Journal of Social and Clinical Psychology, 34*(3), 203-220. doi:<http://dx.doi.org/10.1521/jscp.2015.34.3.203>
- Calvete, E., Villardón, L., Estévez, A. y Espina, M. (2007). La desesperanza como vulnerabilidad cognitiva al estrés: adaptación del cuestionario de estilo cognitivo para adolescentes. *Ansiedad y Estrés, 13*(2-3), 215-227.
- Cámara, M., & 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*(1), 58-68. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10862-011-9261-6>
- Cheung, A. H., M.D., Zuckerbrot, R. A., M.D., Jensen, P. S., M.D., Ghalib, K., M.D., Laraque, D., M.D., & Stein, R. E. K., M.D. (2007). Guidelines for adolescent depression in primary care (GLAD-PC): II. treatment and ongoing management. *Pediatrics, 120*(5)
- Christie, H. (2008). Emotional journeys: Young people and transitions to university. *British Journal of Sociology of Education, 30*(2), 123.
- Clark, D. M., & Beck, A. T. (1988). Cognitive approaches. In C. Last & M. Hersen (Eds.), *Handbook of anxiety disorders* (pp. 362-385). Elmsford, NY: Pergamon Press.
- 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, 4, 531-544.
- Cormier, A., Jourda, B., Laros, C., Walburg, V., & Callahan, S. (2011). L'influence entre les schémas précoces inadaptés et la dépression. *L'Encéphale: Revue De Psychiatrie Clinique Biologique Et Thérapeutique*, 37(4), 293-298.
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2011.01.001>
- Cuijpers, P.J., & Smit, F. (2004). Subthreshold depression as a risk indicator for major depressive disorder: a systematic review of prospective studies. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 109 5, 325-31.
- Davila, J., Hammen, C., Burge, D., Paley, B., & Daley, S. E. (1995). Poor interpersonal problem solving as a mechanism of stress generation in depression among adolescent women. *Journal of Abnormal Psychology*, 104(4), 592-600.
doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.104.4.592>
- Dozois, D. J. A., Bieling, P. J., Patelis-Siotis, I., Hoar, L., Chudzik, S., McCabe, K., & Westra, H. A. (2009). Changes in self-schema structure in cognitive therapy for major depressive disorder: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(6), 1078-1088.
doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0016886>
- Eberhart, N. K., Auerbach, R. P., Bigda-Peyton, J., & Abela, J. R. Z. (2011). Maladaptive schemas and depression: Tests of stress generation and diathesis-stress models. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 30(1), 75-104.
doi:<http://dx.doi.org/10.1521/jscp.2011.30.1.75>
- Elgar, F. J., Mills, R. S. L., McGrath, P. J., Waschbusch, D. A., & Brownridge, D. A. (2007). Maternal and paternal depressive symptoms and child maladjustment:

- The mediating role of parental behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(6), 943-55. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10802-007-9145-0>
- Elkin, I., Parloff, M. B., Hadley, S. W. & Autry, J. H. (1985). NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program: background and research plan. *Archives of General Psychiatry*, 42: 305-316.
- Evans, M. D., Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Piasecki, J. M., Grove, W. M., Garvey, M. J. & Tuason, V. B. (1992). Differential relapse following cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Archives of General Psychiatry*, 49: 802-808.
- Fekkes, M., Pijpers, F. I., & Verloova-Vanhorick, S. P. (2004). Bullying behaviour and associations with psychosomatic complaints and depression in victims. *Journal of Pediatrics*, 144, 17-22.
- Felton, J. W., Cole, D. A., & Martin, N. C. (2013). Effects of rumination on child and adolescent depressive reactions to a natural disaster: The 2010 nashville flood. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(1), 64-73. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0029303>
- Fergusson, D., Doucette, S., Glass, K. C., Shapiro, S., Healy, D., Hebert, P., & Hutton, B. (2005). Association between suicide attempts and selective serotonin reuptake inhibitors: Systematic review of randomised controlled trials. *BMJ: British Medical Journal*, 330(7488), 396. doi:<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.330.7488.396>
- Ferguson, C. J., Miguel, C. S., & Hartley, R. D. (2009). A multivariate analysis of youth violence and aggression: The influence of family, peers, depression, and media

violence. *The Journal of Pediatrics*, 155(6), 904-908.
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2009.06.021>

Flynn, M., Kecmanovi, J y Alloy, L.B (2010). An Examination of Integrated Cognitive-Interpersonal Vulnerability to Drepression: The Role of Rumination, Perceived Social Support, and Interpersonal Stress Generation. *Cognitive Therapy and Research*. 34(5), 456-466.

Flynn, M., & Rudolph, K. D. (2011). Stress generation and adolescent depression: Contribution of interpersonal stress responses. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(8), 1187-98. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10802-011-9527-1>

Garber, J. (2006). Depression in children and adolescents: Linking risk research and prevention. *American Journal of Preventive Medicine*, 31(6), S104-S125.
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2006.07.007>

Ge, H., Liu, Z., Church, G. M., & Vidal, M. (2001). Correlation between transcriptome and interactome mapping data from *saccharomyces cerevisiae*. *Nature Genetics*, 29(4), 482-6. doi:<http://dx.doi.org/10.1038/ng776>

Grassia, M., & Gibb, B. E. (2008). Rumination and Prospective Changes in Depressive Symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 27(9), 931-948.

Grierson, A. B., Hickie, I. B., Naismith, S. L., & Scott, J. (2016). The role of rumination in illness trajectories in youth: Linking trans-diagnostic processes with clinical staging models. *Psychological Medicine*, 46(12), 2467-2484.
doi:<http://dx.doi.org/10.1017/S0033291716001392>

- Hackmann, A., Clark, D. M., & McManus, F. (2000). Recurrent images and early memories in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 601–610. doi:10.1016/S0005-7967%2899%2900161-8
- Halvorsen, M., Wang, C. E., Eisemann, M., & Waterloo, K. (2010). Dysfunctional attitudes and early maladaptive schemas as predictors of depression: A 9-year follow-up study. *Cognitive Therapy and Research*, 34(4), 368-379. doi:http://dx.doi.org/10.1007/s10608-009-9259-5
- Hamilton, J. L., Stange, J. P., Shapero, B. G., Connolly, S. L., Abramson, L. Y., & Alloy, L. B. (2013). Cognitive vulnerabilities as predictors of stress generation in early adolescence: Pathway to depressive symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(7), 1027-39. doi:http://dx.doi.org/10.1007/s10802-013-9742-z
- Hammen, C. (1991). Generation of stress in the course of unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(4), 555-561. doi:http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.100.4.555
- Hammen, C. (2003). Interpersonal Stress and Depression in Women. *Journal of Affective Disorders*, 74(1), 49-57.
- Hammen, C. (2009). Stress exposure and stress generation in adolescent depression. In S. Nolen-Hoeksema & L. Hilt (Eds.), *Handbook of depression in adolescents*. New York: Routledge/ Taylor & Francis Group.
- Hammen, C., Brennan, P. A., Keenan-Miller, D., & Herr, N. R. (2008). Early onset recurrent subtype of adolescent depression: Clinical and psychosocial correlates. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(4), 433-440. doi:http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01850.x

- Hankin, B. L., & Abramson, L. Y. (2001). Development of gender differences in depression: An elaborated cognitive vulnerability–transactional stress theory. *Psychological Bulletin*, *127*(6), 773-796. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.127.6.773>
- Hankin, B. L., y Abramson, L.Y. (2002). Measuring cognitive vulnerability to depression in adolescence: Reliability, validity and gender differences. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *31*, 491-504.
- Hankin, B. L., Abramson, L. Y., Miller, N., y Haeffel, G. J. (2004). Cognitive vulnerability-stress theories of depression: Examining affective specificity in the prediction of depression versus anxiety in 3 prospective studies. *Cognitive Therapy and Research*, *28*, 309-345.
- Hankin, B. L., Abramson, L. Y., Moffitt, T. E., Silva, P. A., McGee, R., & Angell, K. E. (1998). Development of depression from preadolescence to young adulthood: Emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, *107*, 128–140. doi:[10.1037/0021-843X.107.1.128](https://doi.org/10.1037/0021-843X.107.1.128).
- Hankin, B. L., Abramson, L. Y., y Siler, M. (2001). A prospective test of the hopelessness theory of depression in adolescence. *Cognitive Therapy and Research*, *25*(5), 607-632.
- Hankin, B. L., Kassel, J. D., & Abela, J. R. Z. (2005). Adult attachment dimensions and specificity of emotional distress symptoms: Prospective investigations of cognitive risk and interpersonal stress generation as mediating mechanisms. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *31*(1), 136-151. doi:<http://dx.doi.org/10.1177/0146167204271324>

- Hankin, B. L., Mermelstein, R., & Roesch, L. (2007). Sex differences in adolescent depression: Stress exposure and reactivity models. *Child Development, 78*(1), 279-295. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-8624.2007.00997.x>
- Hankin, B. L., Wetter, E., & Cheely, C. (2008). In Abela J. R. Z., Hankin B. L. (Eds.), *Sex differences in child and adolescent depression: A developmental psychopathological approach* Guilford Press, New York, NY.
- Harkness, K. L., Alavi, N., Monroe, S. M., Slavich, G. M., Gotlib, I. H., & Bagby, R. M. (2010). Gender differences in life events prior to onset of major depressive disorder: The moderating effect of age. *Journal of Abnormal Psychology, 119*(4), 791-803. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0020629>
- Harris, A. E., & Curtin, L. (2002). Parental perceptions, early maladaptive schemas, and depressive symptoms in young adults. *Cognitive Therapy and Research, 26*(3), 405-416. doi:<http://dx.doi.org/10.1023/A:1016085112981>
- Haavisto, A., Sourander, A., Multimäki, P., Parkkola, K., Santalahti, P., Helenius, H., & Almqvist, F. (2004). Factors associated with depressive symptoms among 18-year-old boys: A prospective 10-year follow-up study. *Journal of Affective Disorders, 83*(2-3), 143-154. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2004.06.008>
- Hellerstein, D. J., Little, S. A. S., Samstag, L. W., Batchelder, S., Muran, J. C., Fedak, M., Winston, A. (2001). Adding group psychotherapy to medication treatment in dysthymia. A randomized prospective pilot study. *Journal of Psychotherapy Practice and Research, 10*, 93-103.

- Hodges, E. V. E., & Perry, D. G. (1999). Personal and interpersonal antecedents and consequences of victimization by peers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(4), 677-685. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.76.4.677>
- Hollon, S. D., & Beck, A. T. (1979). Cognitive therapy of depression. In E. C. Kendall, & S. D. Hollon (Eds.), *Cognitive behavioral interventions: Theory, research and procedures* (pp. 153-201). New York: Academic Press.
- Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Evans, M. D., Wiemer, M. J., Garvey, M. J., Grove, W. M. & Tuason, V. B. (1992). Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. Singly and in combination. *Archives of General Psychiatry*, 49: 774-781.
- Huesmann, L. R., & Guerra, N. G. (1997). Children's normative beliefs about aggression and aggressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72(2), 408-419. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.72.2.408>
- Huffziger, S., & Kuhner, C. (2012). Die ruminationsfacetten brooding und reflection: Eine psychometrische evaluation der deutschsprachigen version RSQ-10D. *Zeitschrift Für Klinische Psychologie Und Psychotherapie: Forschung Und Praxis*, 41(1), 38-46. doi:<http://dx.doi.org/10.1026/1616-3443/a000118>
- Ingram, R. E., Miranda, J., & Segal, Z. (2006). Cognitive vulnerability to depression. In L. B. Alloy, & J. H. Riskind (Eds.), *Cognitive vulnerability to emotional disorders; cognitive vulnerability to emotional disorders* (pp. 63-91, Chapter ix, 451 Pages) Lawrence Erlbaum Associates Publishers, Mahwah, NJ.
- Jaffee, S. R., Moffitt, T. E., Caspi, A., Fombonne, E., et al (2002). Differences in early childhood risk factors for juvenile-onset and adult-onset depression. *Archives of General Psychiatry*, 59(3), 215-22.

- Junkins, M. B., & Haefel, G. J. (2017). Rumination: Reflection can amplify the depressogenic effects of brooding. *International Journal of Cognitive Therapy, 10*(1), 34-46. doi:http://dx.doi.org/10.1521/ijct_2016_09_19
- Just, N., & Alloy, L. B. (1997). The response styles theory of depression: Tests and an extension of the theory. *Journal of Abnormal Psychology, 106*(2), 221-229. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.106.2.221>
- Kaltiala-Heino, R., & Frojd, S. (2011). Correlation between bullying and clinical depression in adolescent patients. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics, 2*, 37-44.
- Kaltiala-heino, R., Fröjd, S., & Marttunen, M. (2010). Involvement in bullying and depression in a 2-year follow-up in middle adolescence. *European Child & Adolescent Psychiatry, 19*(1), 45-55. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s00787-009-0039-2>
- Kaltiala-Heino, R., Rimpela, M., Marttunen, M., Rimpela, A., & Rantanen, P. (1999). Bullying, depression, and suicidal ideation in Finnish adolescents: school survey. *British Medical Journal, 319*, 348-351.
- Kaltiala-Heino, R., Rimpelä, M., Rantanen, P., & Rimpelä, A. (2000). Bullying at school—an indicator of adolescents at risk for mental disorders. *Journal of Adolescence, 23*(6), 661-674. doi:<http://dx.doi.org/10.1006/jado.2000.0351>
- Korman, G. P. (2013). El legado psicoanalítico en la terapia cognitiva de aaron beck. *Arquivos Brasileiros De Psicologia, 65*(3), 470-486.

- Kovacs, M., Rush, A. J., Beck, A. T. & Hollon, S. D. (1981). Depressed outpatients treated with cognitive therapy or phramacotherapy: a oneyear follow-up. *Archives of General Psychiatry*, 38: 33-39.
- Larson, R., & Richards, M. H. (1991). Daily companionship in late childhood and early adolescence: changing developmental contexts. *Child Deviance*, 62, 28-300
- Laugharne, J., Lillie, A., & Janca, A. (2010). Role of psychological trauma in the cause and treatment of anxiety and depressive disorders. *Current Opinion Psychiatry*, 23, 25-29.
- Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, 55(3), 234-247.
doi:<http://dx.doi.org/10.1097/00006842-199305000-00002>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Cognitive theories of stress and the issue of circularity. In M. H. Appley, & R. Trumbull (Eds.), *Dynamics of stress: Physiological, psychological, and social perspectives; dynamics of stress: Physiological, psychological, and social perspectives* (pp. 63-80, Chapter xvii, 342 Pages) Plenum Press, New York, NY.
- LeMoult, J. (2013) The Effects of Rumination on Psychological and Biological Recovery from Stress in Depression. *The Science and Engineering*, 72, 2B, E.
- Lewinsohn, P. M., Hops, H., Roberts, R. E., Seeley, J. R., & Andrews, J. A. (1993). Adolescent psychopathology: I. prevalence and incidence of depression and other DSM-III—R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology*, 102(1), 133-144. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.102.1.133>

- Lewinsohn, P., Rhode, P., & Seelev, J. (1998). Major depressive disorder in older adolescents: prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 18, 765-794.
- Lewinsohn, P. M., Steinmetz, J. L., Larson, D. W., & Franklin, J. (1981). Depression-related cognitions: Antecedent or consequence? *Journal of Abnormal Psychology*, 90(3), 213-219. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.90.3.213>
- Little, S. A., & Garber, J. (2004). Interpersonal and achievement orientations and specific stressors predict depressive and aggressive symptoms. *Journal of Adolescent Research*, 19, 63–84.
- Liu, R.T. (2013). Stress Generation: Future Directions and Clinical Implications. *Clinical Psychology Review*, 33, 3, 406-416.
- Lo, C. S. L., Ho, S. M. Y., & Hollon, S. D. (2008). The effects of rumination and negative cognitive styles on depression: A mediation analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 46(4), 487.
- Lumley, M. N., & Harkness, K. L. (2006). Evaluating the psychometric properties of the Young Schema Questionnaire in an adolescent sample. Poster session presented at the annual meeting of the Canadian Psychological Association Convention, Calgary, Alberta, Canada.
- MacLaughlin, K.A y Nolen-Hoeksema, S. (2012). Interpersonal stress generation as a mechanism linking rumination to internalizing symptoms in early adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 41, 5, 584-597.
- Maidaniuc-Chirila, T., & Gherasim, L. R. (2014). School Bullying and Adolescents Depressive Symptoms: The mediation Role of Perceived Stress. *Journal of Psychological and Educational Research*, 22(2), 7-27.

- Masten, A. S., & Cicchetti, D. (2010). Developmental cascades. *Development and Psychopathology*, 22(3), 491-5.
doi:<http://dx.doi.org/10.1017/S0954579410000222>
- Masten, A. S., Roisman, G. I., Long, J. D., Burt, K. B., Obradović, J., Riley, J. R., y Tellegen, A. (2005). Developmental cascades: Linking academic achievement and externalizing and internalizing symptoms over 20 years. *Developmental Psychology*, 41(5), 733-746. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.41.5.733>
- Mateo, I. (2014). Stresspression? A study on the relationship between perceived stress, depression and college female. Phi Kappa Phi Research Symposium, paper 4.
- Mateos-Pérez, E., Calvete, E., & Hankin, B. L. (2015). Negative inferences as mediators of the predictive association between early maladaptive schemas and depressive symptoms in adolescents. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 34(3), 259-276. doi:<http://dx.doi.org/101521jscp2015343259>
- McLaughlin, K. A., & Nolen-Hoeksema, S. (2012). Interpersonal stress generation as a mechanism linking rumination to internalizing symptoms in early adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 41(5), 584-597.
doi:<http://dx.doi.org/10.1080/15374416.2012.704840>
- 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*, 28, 4, 333-339.
- Mezulis, A. H., Funasaki, K. S., Charbonneau, A. M., & Hyde, J. S. (2010). Gender differences in the cognitive vulnerability-stress model of depression in the transition to adolescence. *Cognitive Therapy and Research*, 34(6), 501-513.
doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10608-009-9281-7>

- Mezulis, A., Simonson, J., McCauley, E., & Stoep, A. V. (2011). The association between temperament and depressive symptoms in adolescence: Brooding and reflection as potential mediators. *Cognition and Emotion*, 25(8), 1460-1470. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/02699931.2010.543642>
- Michl, L. C., McLaughlin, K. A., Shepherd, K., & Nolen-Hoeksema, S. (2013). Rumination as a mechanism linking stressful life events to symptoms of depression and anxiety: Longitudinal evidence in early adolescents and adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(2), 339-352. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0031994>
- Morris, B. H., Mcgrath, A. C., Goldman, M. S., & Rottenberg, J. (2014). Parental depression confers greater prospective depression risk to females than males in emerging adulthood. *Child Psychiatry and Human Development*, 45(1), 78-89. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10578-013-0379-5>
- Morris, M. C., Ciesla, J. A., & Garber, J. (2008). A prospective study of the cognitive-stress model of depressive symptoms in adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 117(4), 719-734. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0013741>
- Murphy, G. E., Simons, A. D., Wetzell, R. D. & Lustman, P. J. (1984). Cognitive therapy and pharmacotherapy. Singly and together in the treatment of depression. *Archives of General Psychiatry*, 41: 33-41.
- Nolen-Hoeksema, S. (1987). Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory. *Psychological Bulletin*, 101(2), 259-282. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.101.2.259>

Nolen-Hoeksema, S. (1990). Sex differences in depression. Stanford, CA: Stanford University Press.

Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology, 100*(4), 569-582. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.100.4.569>

Nolen-Hoeksema, S., & Girgus, J. S. (1994). The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bulletin, 115*(3), 424-443. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.115.3.424>

Nolen-Hoeksema, S., Girgus, J. S., & Seligman, M. E. (1992). Predictors and consequences of childhood depressive symptoms: A 5-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology, 101*(3), 405-422. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.101.3.405>

Nolen-Hoeksema, S., Morrow, J., & Fredrickson, B. L. (1993). Response styles and the duration of episodes of depressed mood. *Journal of Abnormal Psychology, 102*(1), 20-28. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.102.1.20>

Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science, 3*(5), 400-424. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x>

Olweus, D. (1993) *Bullying at schools. What we know and what we can do.* Wiley-Blackwell, Cambridge

Olweus, D. (2001). Peer harassment: A critical analysis and some important questions. In J. Juvonen & S. Graham (Eds.), *Peer harassment in school: The plight of the vulnerable and victimized* (pp. 3–20). New York, NY: Guilford Press.

- OMS (1992), CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínica y pautas para el diagnóstico, Madrid. Ed. Méditor.
- Orue, I., Calvete, E., & 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(8), 1281-1291.
- Padilla, P. & Calvete, E. (2011). Rumiación, género y síntomas depresivos en adolescentes: Adaptación de la escala de respuestas rumiativas del cuestionario CRSS. *Ansiedad y Estrés*, 17(1), 51-61.
- Padilla, P., & Calvete, E. (2014). Cognitive vulnerabilities as mediators between emotional abuse and depressive symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(5), 743-753.
- Padilla, P., & Calvete, E. (2015). A test of the vulnerability-stress model with brooding and reflection to explain depressive symptoms in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 44(4), 860-869. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10964-014-0148-1>
- Pérez Álvarez, M., & García Montes, J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 13, 493-510
- Pinto-Gouveia, J., Castilho, P., Gallardo, A., & Cunha, M. (2006). Early maladaptive schemas and social phobia. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 571–584.
- Qasemi, M., Sayyadi, A., & Akbari, B. (2014). The Comparison Between Early Maladaptive Schemas in Major Depressive Disorder and the General Population. *Kuwait Chapter of the Arabian Journal of Business and Management Review*, 3(7), 265-273.

- Raes, F., & Hermans, D. (2008). On the mediating role of subtypes of rumination in the relationship between childhood emotional abuse and depressed mood: Brooding versus reflection. *Depression and Anxiety*, 25(12), 1067-1070.
doi:<http://dx.doi.org/10.1002/da.20447>
- Rice, F., Harold, G. T., & Thapar, A. (2005). The link between depression in mothers and offspring: An extended twin analysis. *Behavior Genetics*, 35(5), 565-77.
doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10519-005-5432-0>
- Richardson, L. P., & Katzenellenbogen, R. (2005). Childhood and adolescent depression: The role of primary care providers in diagnosis and treatment. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 35(1), 6-24. doi: 10.1016/j.cppeds.2004.09.001
- Rodkin, P. C., & Hodges, E. V. E. (2003). Bullies and victims in the peer ecology: Four questions for school service providers and social developmental research. *School Psychology Review*, 32, 384-400.
- Roelofs, J., Lee, C., Ruijten, T., & 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(4), 471-479.
- Ross, S. E. B., Niebling, C., & Heckert, T. M. (1999). Sources of stress among college students. *College Students*, 33, 312-318.
- Roth, D. A., Coles, M. E., & Heimberg, R. G. (2002). The relationship between memories for childhood teasing and anxiety and depression in adulthood.

Journal of Anxiety Disorders, 16(2), 149-164.
doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0887-6185\(01\)00096-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0887-6185(01)00096-2)

Roza, S. J., Hofstra, M. B., van, d. E., & Verhulst, F. C. (2003). Stable prediction of mood and anxiety disorders based on behavioral and emotional problems in childhood: A 14-year follow-up during childhood, adolescence, and young adulthood. *The American Journal of Psychiatry*, 160(12), 2116-21.

Rudolph, K. D. (2009). The interpersonal context of adolescent depression. In S. Nolen-Hoeksema & L. Hilt (Eds.), *Handbook of depression in adolescents*. New York: Routledge/Taylor & Francis Group.

Rush, A. J., Beck, A. T., Kovacs, M. & Hollon, S. D. (1977). Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 17-37.

Sacco, W. P. & Beck, A. T. (1995). Cognitive theory and therapy. En E. E. Beckham & W. R. Leber, eds., *Handbook depression* (pp. 329-351). Nueva York: Guilford.

Sackett, D. L., Haynes R.B., Guyatt G.H., Tugwell, P. *Epidemiología clínica. Ciencia básica para la medicina clínica*. 2ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1994.p.62-78.

Salmivalli, C. (2001). Group view on victimization: Empirical findings and their implications. In J. Juvonen & S. Graham (Eds.), *Peer harassment in school: The plight of the vulnerable and victimized* (pp. 398– 419). New York, NY: Guilford Press.

- Schmidt, N. B., & Joiner, T. E. Jr. (2004). Global maladaptive schemas, negative life events, and psychological distress. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26*, 65–72.
- Segal, Z. V. (1988). Appraisal of the self-schema construct in cognitive models of depression. *Psychological Bulletin, 103*(2), 147-162.
doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.103.2.147>
- Shah, R., & Waller, G. (2000). Parental style and vulnerability to depression: The role of core beliefs. *Journal of Nervous and Mental Disease, 188*(1), 19-25.
doi:<http://dx.doi.org/10.1097/00005053-200001000-00004>
- Shapiro, B. G., Hamilton, J. L., Liu, R. T., Abramson, L. Y., & Alloy, L. B. (2013). Internalizing symptoms and rumination: The prospective prediction of familial and peer emotional victimization experiences during adolescence. *Journal of Adolescence, 36*(6), 1067-1076.
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.adolescence.2013.08.011>
- Shih, J. H., Eberhart, N. K., Hammen, C. L., & Brennan, P. A. (2006). Differential exposure and reactivity to interpersonal stress predict sex differences in adolescent depression. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 35*(1), 103-115
doi:http://dx.doi.org/10.1207/s15374424jccp3501_9
- Simmons, J., Cooper, M. J., Drinkwater, J., & Stewart, A. (2006). Cognitive schemata in depressed adolescent girls and their mothers. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 34*(2), 219-232.
- Smith, P. K., Mahdavi, J., Carvalho, M., Fisher, S., Russell, S., & Tippett, N. (2008). Cyberbullying: Its nature and impact in secondary school pupils. *Journal of*

Child Psychology and Psychiatry, 49(4), 376-385.

doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01846.x>

Solar, F., Paulina, R. G., & Roberto, M. A. (2007). Rumiación y presencia de sintomatología ansiosa y depresiva en adolescentes. *Revista Mexicana De Psicología*, 24(2), 175-183.

Spasojević, J., & Alloy, L. B. (2001). Rumination as a common mechanism relating depressive risk factors to depression. *Emotion*, 1(1), 25-37.
doi:<http://dx.doi.org/10.1037/1528-3542.1.1.25>

Stone, L. B., Hankin, B. L., Gibb, B. E., & Abela, J. R. Z. (2011). Co-rumination predicts the onset of depressive disorders during adolescence. *Journal of Abnormal Psychology*, 120(3), 752-757. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0023384>

Sun, Y., M.D., Tao, F., M.D., MD, J. H., & Wan, Y., M.S. (2010). The mediating effects of stress and coping on depression among adolescents in china. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 23(3), 173-80.

Swearer, S. M., & Hymel, S. (2015). Understanding the psychology of bullying: Moving toward a social-ecological diathesis–stress model. *American Psychologist*, 70(4), 344-353. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0038929>

Treynor, W., Gonzalez, R., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 27(3), 247-259.
doi:<http://dx.doi.org/10.1023/A:1023910315561>

Turner, H., Finkelhor, D., & Ormrod, R. (2010). The effects of adolescent victimization on self-concept and depressive symptoms. *Child Maltreatment*, 15, 76-90.

- Van Vlierberghe, L., Braet, C., Bosmans, G., Rosseel, 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(4), 316-332. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10608-009-9283-5>
- Verstraeten, K., Vasey, M. W., Raes, F., & Bijttebier, P. (2009). Temperament and risk for depressive symptoms in adolescence: Mediation by rumination and moderation by effortful control. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37(3), 349-61. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10802-008-9293-x>
- Wesley, M. S., & Manjula, M. (2015). Early maladaptive schemas and early trauma experiences in depressed and non-depressed individuals: An indian study. *Journal of Psychosocial Research*, 10(1), 125-137.
- Wilcox, H. C., & Anthony, J. C. (2004). The development of suicide ideation and attempts: An epidemiologic study of first graders followed into young adulthood. *Drug and Alcohol Dependence*, 76, S53-S67. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2004.08.007>
- Xavier, A., Cunha, M., & Pinto-Gouveia, J. (2016). Rumination in adolescence: The distinctive impact of brooding and reflection on psychopathology. *The Spanish Journal of Psychology*, 19, 11. doi:<http://dx.doi.org/10.1017/sjp.2016.41>
- Yang, J., Zhang, C., & Yao, S. (2010). The impact of rumination and stressful life events on depressive symptoms in high school students: A multi-wave longitudinal study. *Acta Psychologica Sinica*, 42(9), 939-945. doi:<http://dx.doi.org/10.3724/SP.J.1041.2010.00939>
- Yen, C., Yang, P., Wang, P., Lin, H., Liu, T., Wu, Y., & Tang, T. (2014). Association between school bullying levels/types and mental health problems among

taiwanese adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, 55(3), 405-13.
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.06.001>

Young, C. C., Dietrich, M. S., & Lutenbacher, M. (2014). Brooding and reflection as explanatory of depressive symptoms in adolescents experiencing stressful life events. *Issues in Mental Health Nursing*, 35(3), 175-180.
doi:<http://dx.doi.org/10.3109/01612840.2013.849783>

Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (3rd ed. ed.) Professional Resource Press/Professional Resource Exchange, Sarasota, FL.

Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.

Zuckerbrot, R. A., M.D., Cheung, A., M.D., Jensen, P. S., M.D., Stein, R. E. K., M.D., & Laraque, D., M.D. (2018). Guidelines for adolescent depression in primary care (GLAD-PC): Part I. practice preparation, identification, assessment, and initial management. *Pediatrics*, 141(3)

Zwierzynska, K., Wolke, D., & Lereya, T. S. (2013). Peer victimization in childhood and internalizing problems in adolescence: A prospective longitudinal study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(2), 309-23.
doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10802-012-9678-8>

