

# APEGO Y SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN LA ADOLESCENCIA: SU RELACIÓN CON LOS ACONTECIMIENTOS VITALES

Francisco Sanchis Cordellat\*(\*\*) y Lluís Botella García del Cid\*

\* FPCEE Blanquerna. Universidad Ramón Llull

\*\*FCSV. Universidad Pompeu Fabra

E-mail: fransanchis@yahoo.es

*Depressive symptomatology is currently as high as 10% to 20% among adolescents. This kind of suffering may have an influence in psychological development. This paper examines the relationship between styles of attachment, depressive symptomatology and negative life events. Indeed, it also studies the importance of age and gender on the abovementioned variables. The sample comprises 312 schooled adolescents whose ages are between 14 and 18. Results show that there is a significant connection between cold and abusive styles of attachment, depressive symptomatology and life events. This is consistent with the literature on this topic. The results that have been obtained in the present study also demonstrate that there is a positive correlation between the number of negative life events experienced and depressive symptomatology.*

*Key words: adolescents, depression, styles of attachment, life events*

---

## INTRODUCCIÓN

El primero en desarrollar una **teoría de apego** fue John Bowlby (1969), quien intentó mezclar los conceptos provenientes de la etología, del psicoanálisis y de la teoría general de los sistemas (Fonagy, 2004; Oliva, 2004; Girón, Rodríguez y Sánchez, 2003) para explicar el lazo emocional del hijo con la madre (Aizpuru, 1994). El modelo propuesto por Bowlby se basa en la existencia de cuatro sistemas de conducta relacionados entre sí: el sistema de conductas de apego, el sistema de exploración, el sistema de miedo a los extraños y el sistema afiliativo (Oliva, 2004; Girón, Rodríguez y Sánchez, 2003). Unos años más tarde, Ainsworth y cols., (1978) diseñaron una situación experimental, *la Situación del Extraño*, para examinar el equilibrio entre las conductas de apego y de exploración, bajo condiciones de alto estrés. En los resultados de la prueba, Ainsworth encontró claras diferencias individuales en el comportamiento de los niños en esta situación que le permitieron

describir tres patrones conductuales que eran representativos de los distintos **estilos de apego** establecidos:

En el *apego seguro* aparece ansiedad de separación y reaseguramiento al volver a reunirse con el cuidador. Las personas con estilo de apego seguro son capaces de usar a sus cuidadores como una base segura cuando están angustiados. Saben que los cuidadores estarán disponibles y que serán sensibles y responsivos a sus necesidades. Para Aizpuru (1994) un patrón óptimo de apego se debe a la sensibilidad materna, la percepción adecuada, interpretación correcta y una respuesta contingente y apropiada a las señales del niño que fortalecen interacciones sincrónicas. Las características del cuidado materno en este caso son disponibilidad, receptividad, calidez y conexión (Botella, 2005).

En el *apego inseguro-evitativo*, el niño muestra poca ansiedad durante la separación y un claro desinterés en el posterior reencuentro con la madre o cuidador. Incluso si la madre buscaba el contacto, ellos rechazaban el acercamiento (Fonagy, 2004; Oliva, 2004). En la situación extraña los niños con estilo de apego evitativo no lloran al separarse de la madre, sin embargo, hay evidencia de que se dan cambios en su sistema nervioso notables en la aceleración del ritmo cardíaco y otras alteraciones (Botella, 2005). Debido a su conducta independiente en la Situación del Extraño y su reacción carente de emociones ante la madre, podría interpretarse como una conducta saludable. Sin embargo, Ainsworth intuyó que se trataba de niños con dificultades emocionales; su desapego era semejante al mostrado por los niños que habían experimentado separaciones dolorosas (citado en Oliva, 2004). Las características del cuidado materno en este caso son de rechazo, rigidez, hostilidad y aversión del contacto (Botella, 2005). Respecto a las conductas maternas, Aizpuru (1994) nos dice que las madres de niños con estilo inseguro-evitativo pueden ser sobreestimulantes e intrusivas.

En el *apego inseguro-ambivalente* el niño muestra ansiedad de separación pero no se tranquiliza al reunirse con la madre o cuidador, según los observadores parece que el niño hace un intento de exagerar el afecto para asegurarse la atención (Fonagy, 2004). Estos niños se mostraban tan preocupados por la ausencia de la madre que apenas exploraban en la Situación del Extraño. Sus respuestas emocionales iban desde la irritación, la resistencia al contacto, el acercamiento y las conductas de mantenimiento de contacto (Oliva, 2004). En este tipo de apego parece que la madre o cuidador, está física y emocionalmente disponible sólo en ciertas ocasiones, lo que hace al individuo más propenso a la ansiedad de separación y al temor de explorar el mundo. Las características del cuidado materno en este caso son de insensibilidad, intrusividad e inconsistencia (Botella, 2005). Se podría decir que el rasgo que más define a estas madres es el de no estar siempre disponibles.

Posteriormente Main y Solomon (1986) propusieron un cuarto tipo denominado *apego desorganizado-desorientado* que recoge muchas de las características de los dos grupos de apego inseguro ya descritos y que inicialmente eran conside-

rados como inclasificables. Este tipo de apego aparentemente mixto, se ha observado en un 80% de niños en situaciones de maltrato o abuso (Botella, 2005). Se trata de niños que muestran la mayor inseguridad y cuando se reúnen con la madre o el cuidador principal tras la separación, muestran una variedad de conductas confusas y contradictorias (Oliva, 2004). En su revisión del tema, Botella (2005) destaca que estos niños pasan por una situación de colapso de sus estrategias conductuales.

Tanto Bowlby (1989) como Ainsworth (1989) apuntaron la importancia que tienen los vínculos de apego establecidos con los padres durante la infancia para el establecimiento de posteriores relaciones afectivas. Este enfoque fenomenológico contempla como factores fundamentales los esquemas emocionales en la misma línea y compatible con el modelo cognitivo. Así, las primeras relaciones afectivas pueden conformar los esquemas mentales que moldean las experiencias y a partir de los cuales se producen las diferentes respuestas emocionales propias de cada persona (Botella, 2005). De forma parecida, Beck (1976) argumenta que la naturaleza de la respuesta emocional depende del *investment* de valor de los acontecimientos y de su conexión a su significado personal. Es por ello que la psicopatología está relacionada con la incapacidad de las personas para integrar, aceptar y tratar con sus sentimientos y necesidades primarias a lo largo de su desarrollo, y no con las necesidades neuróticas (Botella, 1994).

En relación a los **acontecimientos vitales**, sabemos que las personas con estilo de apego seguro realizan una búsqueda activa de información, están abiertos a ella y poseen estructuras cognitivas flexibles ya que como su nivel de ansiedad es mínimo, son capaces de incorporar nueva información, aunque esto les lleve a períodos momentáneos de confusión, pues son capaces de reorganizar sus esquemas (Botella, 2005; Oliva, 2004). Esta capacidad les permite ajustarse de manera adecuada a los cambios del ambiente, a enfrentarse a los acontecimientos adversos, a proponerse metas realistas y a evitar creencias irracionales. Las personas con estilo de apego evitativo rechazan la información que pudiese crear confusión, cerrando sus esquemas a ésta, teniendo estructuras cognitivas rígidas. Las personas ansiosas-ambivalentes también muestran este comportamiento, pero a diferencia de los evitativos, desean acceder a nueva información, pero sus intensos conflictos les llevan a alejarse de ella (Mikullincer, 1997).

Sobre la posibilidad de cambios de los estilos de apego, éste parece requerir la combinación de nuevas experiencias relacionales y nuevas formas de interpretarlas (Moreno, Del Barrio y Mestre, 1996) tal y como hemos comentado anteriormente. De esta manera aquellas personas con un estilo de apego seguro tienden a desarrollar modelos mentales de sí mismos como amistosos, afables y capaces, y de los otros como confiables y bien intencionados (Girón, Rodríguez y Sánchez, 2003, Bowlby, 1990). Anteriormente, Slade (1987) mantenía que el apego seguro en la infancia era predictor de una buena interacción entre el niño y la figura parental a corto plazo, sin olvidar que los apegos, pueden sufrir alteraciones ante aconteci-

mientos vitales o situaciones estresantes (Moreno, Del Barrio y Mestre, 1996) o frente a un ambiente familiar que les lleve de una infancia bien ajustada a una adolescencia problemática (Lewis y cols., 2000).

A partir de estas consideraciones, podemos añadir que las personas con estilo de apego ansioso tienden a desarrollar modelos de sí mismos inseguros (Mikulincer, 1998b), y de los otros como poco confiables y resistentes a comprometerse (Feeney y Kirkpatrick, 1996) lo que se refleja en una preocupación frecuente por el abandono (Bowlby, 1993, 1990). Por último, aquellos con un estilo de apego evitativo desarrollan modelos de sí mismos como suspicaces, escépticos y retraídos, y de los otros como poco confiables o demasiado ansiosos para comprometerse, lo que les imposibilita a confiar y depender de los otros (Simpson, Rholes y Phillips, 1996; Collins, 1996; Feeney y Kirkpatrick, 1996). Hay evidencia que los adultos con distintos tipos de apego difieren en ciertas características de personalidad y éstas se mantienen a lo largo de la vida (Bourbeau y cols., 1998). Lafuente (2000) en una de sus hipótesis reconoce que los adultos con un estilo de apego seguro tienen más alta autoestima, son socialmente más activos y presentan menos soledad que los individuos con un apego inseguro ambivalente. Sobre este punto referido, Belsky e Isabella (1988), ya habían anticipado que deberían tenerse en cuenta variables como la personalidad de la madre o cuidador principal.

**Desorganización del apego y psicopatología:** Como hemos citado anteriormente, Main y Solomon (1986) describieron por primera vez la conducta desorganizada de apego. Más tarde Main y Hesse (1990) relacionaron el apego desorganizado con un ambiente asustado o de cierto miedo y establecieron las posibles relaciones existentes entre patrones de apego y psicopatología. En una investigación posterior Lyons-Ruth y cols., (1999) hallaron también que cuando la figura del cuidador provoca miedo, esto puede predecir la desorganización del apego. Así podemos suponer que el estilo de apego desorganizado mantiene una relación con la agresividad infantil, la disociación y las reacciones violentas tal y como se desprende de estudios longitudinales (Shaw y cols., 1996; Goldberg y cols., 1995; Hubbs-Tait y cols., 1994; Lyons-Ruth y cols., 1993, 1997) como de los transversales (Solomon y cols., 1999; Greenberg, 1991; Speltz y cols., 1990). Este tipo de conductas desorganizadas están relacionadas con factores familiares y maltrato, depresión mayor o trastorno bipolar en la figura o figuras de apego. A este respecto Lyons-Ruth y cols., (1990) también observaron una relación estrecha entre cuidador/a severamente deprimido y el apego desorganizado.

En esta misma línea, el apego desorganizado parece ser un factor general de riesgo que favorece la conducta desadaptada (Jacobovitz y Hazen, 1999, Lyons-Ruth y cols., 1997). Además Liotti (1995) ha relacionado los síntomas disociativos con experiencias de pérdida de las figuras parentales (con la consiguiente desorganización del apego si no hay suficiente apoyo social) en los primeros años de vida del niño. Con posterioridad un trabajo de Carlson (1998) mostraba una relación

directa entre los síntomas disociativos a los 17 años, y el apego desorganizado a los 12 y 18 meses. Como referencia precursora a todo ello, nos parece fundamental mencionar que, en 1944, Bowlby ya expuso su punto de vista de que las relaciones primarias perturbadas madre-hijo deberían ser consideradas como un precursor clave de la enfermedad mental.

Algunos estudios han encontrado las siguientes **relaciones entre diferentes patrones de apego y trastornos psicopatológicos** en la infancia y la adolescencia; sobre el apego inseguro, Weinfield y cols., (1999) encontraron relaciones con la depresión en la infancia y dificultades interpersonales y comportamiento hostil en la adolescencia. Warren y cols., (1997) relacionaron el apego ambivalente en la infancia con el trastorno de ansiedad en el adolescente. También sobre el apego inseguro, evitativo o desorganizado en la infancia, Ogawa y cols., (1997) encontraron relación significativa con los síntomas disociativos a edades entre 17 y 19 años. Rosenstein y Horowitz (1996) por otro lado demostraron que los adolescentes con una organización de apego evitativo eran más susceptibles a desarrollar problemas de conducta, abusos de sustancias (Girón, 2003), trastorno de personalidad narcisista o antisocial, y rasgos paranoicos de personalidad. Mientras que aquellos con una organización de apego ansioso eran más susceptibles a desarrollar trastornos afectivos o un trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo, histriónico, limítrofe o esquizoide.

Greenberg (1999) en su revisión de la literatura al respecto, muestra importantes relaciones entre el tipo de apego y la psicopatología. Parece probado que los apegos inseguros son iniciadores de caminos que, con probabilidad están asociados con posteriores patologías (Girón, 2003; Sroufe, Carlson, Levy y cols., 1999; Weinfield y cols., 1999; Greenberg, 1999). De hecho los cambios familiares que amenazan la disponibilidad de las figuras de apego, están relacionadas con desórdenes emocionales y conductuales en la adolescencia, así como con trastornos de personalidad en los adultos jóvenes (Stein, Marton, Golombek y cols., 1994). Posteriormente Diamond y Liddle (1999) y Lewis y cols., (2000) afirman que en las familias con jóvenes que tienen trastornos de conducta y drogodependencias, la relación de apego padres-hijos está seriamente dañada. No obstante otros autores han realizado investigaciones con el fin de demostrar que los distintos estilos de apego están más asociados a ciertas características personales sobre todo con los trastornos de ansiedad, depresión y el trastorno limítrofe de personalidad (Bifulco, Moran, Ball y Bernazzani, 2002; Meyer, Pilkonis, Proietti, Heape y Egan, 2001; Gerlsma y Luteijn, 2000).

*La etapa del desarrollo evolutivo* elegida en el presente trabajo es la **adolescencia**; considerada una producción social, un período en el que la identidad adquiere nuevas y significativas dimensiones y se alcanza una mayor autonomía mediante la abstracción y la puesta a prueba de hipótesis sobre el mundo y sobre sí mismos (Alves, 1995, 1998). En este sentido, las relaciones de apego se hacen más

estables a lo largo del desarrollo y funcionan como un recurso de adaptación que asegura la formación de la identidad (Valdéz, 2002) durante la socialización del individuo. Los padres no sólo socializan a través del lenguaje y la educación, sino que actúan como modelos y precisamente son modelos especialmente potentes en lo que se refiere a la vida emocional (Del Barrio, 2002). La familia tiene una función eminentemente protectora y socializadora. Dentro de ésta, el niño establecerá nexos con el mundo exterior, haciéndose patente a través de la seguridad que se vaya solidificando según las relaciones entre los miembros de la familia (Serra y Zacarés, 1999). Tradicionalmente se ha pensado que la adolescencia era un periodo tormentoso y de tensión (Freud, 1958), un periodo agotador, (Blos, 1962) y de crisis de identidad (Erikson, 1980) que estaba cargado de trastornos emocionales y de enfrentamiento y conflicto con los padres (Calzada, Altamirano y Ruiz, 2001). Según Scales (1991), el 80% de los adolescentes no experimentan una adolescencia estresante y agotadora, sino que la viven como un periodo prometedor y lleno de oportunidades (Musitu, Buelga, Lila, Cava, 2001; Kearney-Cooke, 1999). No obstante, una de las principales tareas evolutivas que deben resolver los seres humanos durante la adolescencia, es llegar a adquirir autonomía respecto de sus progenitores, y prepararse para vivir como un sujeto adulto con capacidad para decidir y actuar por sí mismo (Oliva, 2001).

**Apego y depresión:** Prácticamente existe unanimidad en todas las investigaciones sobre la existencia de una correlación positiva entre malas relaciones padres-hijos y los trastornos depresivos (Del Barrio, 2007), además se ha comprobado que en el curso de la depresión en el niño correlaciona con esta interacción, puesto que cuando la relación es mala es más difícil la recuperación y mejoría del niño (Puig-Antich y cols., 1985b). En investigación sobre niños españoles, se ha encontrado que el ítem del Children's Depression Inventory (CDI) que más correlaciona con depresión es «nadie me quiere», lo cual corrobora que el vínculo afectivo es un fuerte elemento relacionado con la depresión (Del Barrio, 1990). En consecuencia el apego, como parte integrante del afecto, está presente en el individuo desde temprana edad. Estamos convencidos de que las descripciones de la depresión infantil que ofrecieron René A. Spitz (Spitz y Wolf, 1946) y John Bowlby (1958) levantaron los primeros argumentos sobre bases descriptivas de los trastornos afectivos, utilizando nombres diferentes como depresión anaclítica u hospitalismo (citados en Figueras, 2006). De hecho muchas de sus observaciones se han mantenido a lo largo del tiempo y probablemente lo único que se ha revisado profundamente haya sido su creencia en la irreversibilidad del problema, ya que actualmente sí se considera un proceso reversible (Del Barrio, 2007).

**Las teorías cognitivas** aplicadas a la emoción atribuyen un papel fundamental a las cogniciones, siendo la evaluación positiva o negativa del estímulo la que rápidamente activa el proceso emocional (Palmero, 2000). Beck (1991) señaló que en el procesamiento de la información de los sujetos deprimidos se filtraban señales

negativas y se focalizaba la atención sobre los aspectos negativos o contrarios. Beck (1976) ya había dejado constancia de que son algunas experiencias tempranas las que proporcionaran las bases para formar futuros conceptos negativos sobre uno mismo, el porvenir y el mundo. Asimismo Beck y cols., (1983) afirman que: «las vivencias personales del niño cuando es pequeño determinan el desarrollo de su manera de pensar característica, que explica el significado idiosincrásico que poseen las situaciones concretas para cada individuo» (citado en Méndez, 2001, p.77). Según estos modelos, los pilares de la depresión se construyen en base a la forma distorsionada de pensar de algunas personas, llegando incluso a transformar los acontecimientos positivos en negativos (Clark y Beck, 1997; Stark, Humphrey, Laurent, Livingston y Christopher, 1993; Beck, 1991). Posteriormente, cuando dichas circunstancias concurren, los esquemas mentales se activan y dan lugar a lo que Beck reconoce como la tríada cognitiva de la depresión, que consiste en una visión negativa de uno mismo, del mundo y del futuro, tal y como mencionábamos con anterioridad, y que causa los síntomas de la depresión (Méndez, 2001). Luego la patología no se produce a partir de las emociones o las necesidades del momento, sino de los sentimientos o pensamientos secundarios acerca de las necesidades básicas del individuo (Lewinsohn, Allen, Gotlib y Seeley, 1999), lo que constituye, de este modo, la fuente más importante de la disfunción. La frustración repetida ante la necesidad puede acabar por formar la representación de una estructura nuclear del sí mismo que supone una visión particular del mundo; esto puede incluir, por lo tanto, visiones y creencias negativas sobre el mundo y sobre uno mismo también (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983; Kelly, 1966).

**La depresión** puede estar causada por unos antecedentes de sucesivas experiencias vitales negativas en las cuales se ha puesto de manifiesto un déficit de autocontrol frente a condiciones adversas (Schwartz, Kaslow, Seeley y Lewinshon, 2000). La depresión es una alteración del estado de ánimo hacia la tristeza o la melancolía que va acompañado de pérdida de interés por la cosas en general (Del Barrio, Mestre, Tur y Samper, 2004) y que sumergen al individuo en un mundo irreal. Es una emoción negativa que invade a las personas que la sufren y les impide disfrutar de la vida (Del Barrio, 2007). Esta sintomatología similar a la de adultos, se acompaña de cuadros somáticos infantiles (Del Barrio, 2007; Méndez, 2001).

Como datos relevantes podemos aportar los siguientes: Aproximadamente 1,3 millones de jóvenes entre 15 y 19 años padecen depresión en los Estados Unidos (Angold, Costello y Worthman, 1998). En un estudio epidemiológico realizado en España, con una muestra de 6.432 sujetos (8-12 años) procedentes de distintas partes del país y utilizando el Children's Depression Inventory (CDI) con punto de corte igual o superior a 19 puntos, se halló un 2% de depresión mayor y un 6% de trastorno distímico (Domènech y Polaino, 1990). Actualmente está bien establecido que en la población general infantil la depresión mayor puede oscilar entre un 1 o 3 %, mientras que la prevalencia del trastorno distímico se estima entre un 4 o 7%

de la población infantil (Del Barrio, 2007; Doménech y Polaino-Lorente, 1990). Si la edad de los adolescentes es superior, se dan cifras más elevadas que pueden oscilar entre el 5% y el 15% tal y como mantiene Mestre (1992). Para algunos autores, la incidencia de depresión se incrementa de forma considerable en la adolescencia y con una diferencia significativa entre sexos, con el doble de mujeres que de hombres en este trastorno (Angold y cols., 1998). Sobre las consecuencias que ello puede tener, Klein (1997) argumenta que los adolescentes que sufren un trastorno depresivo, continúan experimentando dificultades significativas en las funciones psicosociales, incluso aún después de la recuperación. Además padecer depresión en la infancia o adolescencia incrementa un 60% ó 70% el riesgo de continuar con la depresión en la edad adulta (Weller y Weller, 2000) y que la duración media del trastorno afectivo en una muestra de adolescentes fue de 9 meses para la depresión mayor y de 3,9 años para la distimia (Kovacs y cols., 1997).

Wagner, Cohen y Brook (1996) establecían la relación entre el **apego**, los **acontecimientos vitales** y la **depresión**. Estos autores evaluaron la asociación existente entre el número de acontecimientos estresantes negativos con síntomas de depresión y trastornos de conducta, con el estilo familiar cordial o severo. Los resultados indicaron que en los adolescentes que afirmaron tener relaciones más cálidas con ambos padres hubo poca asociación entre los acontecimientos vitales estresantes y los síntomas depresivos, mientras que en el caso contrario estaba asociado el estrés con los síntomas depresivos. La impredecibilidad de la conducta de la madre, en una edad en que los niños son incapaces de autorregularse emocionalmente (véase la revisión de Botella, 2005), debe aumentar considerablemente el estrés y la ansiedad en muchos de ellos. Para Cassidy y Berlin (1994) el apego evitativo es un buen ejemplo de la conducta que el niño construye y exhibe ante el comportamiento de una madre inaccesible.

Se ha sugerido extensamente la existencia de una relación significativa entre los acontecimientos vitales y los trastornos psicológicos y físicos (Holmes y Davis, 1989; Sandín, 1999), lo mismo sucede con los efectos que pueden producir los acontecimientos vitales y existe consenso en que estos pueden llegar a desencadenar alteraciones emocionales como la depresión y la ansiedad. (Moreno, 1992). Sobre este punto referido, Méndez (2001) apunta que la mera exposición no conduce a la depresión, para que se desencadene la depresión es necesario que el sujeto prediga (pensamiento anticipado-ansiedad) que carece de control sobre la situación, que genere expectativas de incontrolabilidad. En el caso de los niños se ha subrayado que su vulnerabilidad está especialmente ligada a su capacidad de control emocional y a los procesos precoces de apego, especialmente en aquellos que tiene que ver con los trastornos de tipo emocional (Zeanah y cols., 1997). Sobre la posible conexión entre los acontecimientos que ocurren durante el curso de la vida y el inicio de la enfermedad, existe un considerable volumen de datos (Leza, 2005; O'Doherty y Davies, 1987). El trabajo de Brown y Harris (1978) es un buen ejemplo

en el área de la depresión tal y como nos indica El-Shikh y cols., (2004).

Así podemos entender que las experiencias y las cogniciones que de ellas se derivan, forman parte del proceso mental que regulan los efectos emocionales de los acontecimientos vitales y juegan un papel muy importante en la transición y vulnerabilidad del período adolescente (Abramson y cols., 1997; Moreno, 1992). La adolescencia es un período fundamental con respecto a la salud, puesto que la forma en que se lleva a cabo la transición de la niñez a la adolescencia y a la adultez joven tendrá importantes implicaciones para el desarrollo de las conductas (Roselló y Berríos, 2004). La vulnerabilidad frente a unos determinados acontecimientos varía en las distintas etapas de la vida (Mcgee y cols., 2001) y los adolescentes (13-18 años) muestran una mayor vulnerabilidad ante la transformación corporal y personal, el cambio de relaciones con padres y amigos o el inicio de las relaciones de pareja.

Recordamos a Bowlby (1969) cuando indica que las relaciones tempranas entre padres e hijos, estrechas y profundas, ejercen un efecto protector frente a posteriores acontecimientos vitales de impacto negativo (Bowlby, 1993, 1990, 1989). Para Aysan, Thompson y Hamarat (2001) y O'Neill, Cohen, Tolpin y Gunther (2004), los estresores menores o problemas cotidianos pueden llegar a tener un efecto acumulativo y aumentar la vulnerabilidad a presentar problemas de salud física y/o mental. Shafii y Shafii (1995), sostienen que la prevalencia de los trastornos del ánimo aumenta con la edad de manera parecida a los acontecimientos vitales. De la misma manera, Del Barrio (2001b) precisa que la depresión afecta a los niños de forma desigual según los distintos periodos de edad y añade que la depresión infantil tiene una condición evolutiva y diferenciada, siendo los principales factores de riesgo en las primeras etapas del desarrollo la familia y un apego deficiente. No obstante, no podemos olvidar que en la adolescencia se intensifican las diferencias y aumentan los acontecimientos vitales y que éstos no afectan a todos por igual (Méndez, 2001). Por otra parte y como nos recuerda Del Barrio (2007), a veces no es fácil encontrar una relación firme entre causa y efecto. En los trastornos emocionales infantiles se han aislado y estudiado múltiples factores de riesgo que actúan en compleja asociación (Méndez, 2001). Como hemos citado anteriormente creemos que la interacción entre los factores ambientales (donde encuadramos los acontecimientos vitales) y personales es la posición más abierta a nuevas aportaciones.

Al estudiar el **impacto de los acontecimientos vitales** es necesario tener en cuenta también el efecto de la acumulación de los acontecimientos negativos. Arnold (1990) y Daniel y Moos (1990) mantienen que la acumulación de acontecimientos negativos y pequeñas contrariedades que se consideran como un estrés crónico, es la forma más habitual de desencadenante de la depresión en los niños. Hay datos que demuestran que los efectos de la acumulación pueden actuar a largo plazo y no sólo de forma inmediata (Kim y cols., 2003). La exposición continua a estímulos estresantes parece relacionarse claramente con el inicio temprano o tardío

o con la evolución de numerosos procesos patológicos tal y como indica Leza (2005). No obstante, existen también trabajos que informan de la aparición de una depresión por la experiencia de un determinado acontecimiento en solitario. Para algunos autores, la forma más drástica de separación es la muerte paterna. Los primeros estudios sostenían una relación inequívoca entre la muerte o pérdida paterna como acontecimiento desencadenante (Crook y Elliot, 1980; Rutter, 1966), combinado con la vulnerabilidad del niño, ya fuese de carácter personal o social y la aparición de depresión tanto en niños como en adultos (Brown y Harris, 1978). Estudios posteriores parecen confirmar que lo que verdaderamente causa la depresión no es tanto la desaparición precoz de la madre o del padre, sino la falta de un sustituto adecuado y por tanto la carencia de los cuidados y la atención indispensable para un desarrollo correcto (Parker, 1992). Otro de estos acontecimientos es la enfermedad propia especialmente el cáncer (Del Barrio, 2007). En cualquier caso, esta repercusión existe y un solo acontecimiento negativo puede desencadenar una depresión, sobre todo en los períodos de tiempo más inmediato al suceso (Del Barrio, 2007; Kessler, 1997).

Todo acontecimiento negativo tiene que provocar una reacción normal de desagrado en el sujeto que la sufre, pero su duración e intensidad deben ser ajustadas al tipo de acontecimiento; si no es así, nos encontramos con una reacción desadaptativa que suele ser de ansiedad o depresión y con frecuencia ambas se suelen presentar conjuntamente (Del Barrio, 2007). A este respecto, en una de sus conclusiones, Herrero y Musitu (1998) mantienen que el apoyo social tiene un efecto supresor sobre los acontecimientos vitales estresantes. En niños más pequeños (11 años) también se ha detectado que el número y la intensidad de los estresores y los pensamientos negativos son buenos predictores de la aparición de la depresión (Hilsman y Garber, 1995). Según Kirk (1993) aunque casi ningún acontecimiento vital puede ser concebible como la causa del suicidio en los adolescentes, ciertos sucesos pueden crear en ellos vulnerabilidad a estados extremos de desesperanza y desaliento, predisponiendo a una conducta suicida o depresión. La mayoría de las teorías cognitivas actuales sobre la depresión postulan que los factores de vulnerabilidad cognitiva interactúan con la ocurrencia de acontecimientos vitales negativos para desencadenar reacciones depresivas (Kwon y Oei, 1992; Olinger, Kuiper y Shaw, 1987; Wise y Barnes, 1986; Alloy, Clements y Kolden, 1985).

Se han señalado los acontecimientos vitales negativos como contribuyentes al desarrollo de sintomatología depresiva (Kwon y Oei, 1992). En la actualidad, las investigaciones sobre los acontecimientos vitales estresantes establecen relación entre estos y otras variables como la psicopatología o la problemática en los adolescentes (Roselló y cols., 2004; Lucio y cols., 2001). En esta misma línea recuperamos la relación entre apego y acontecimientos vitales porque según Bowlby, los patrones de apego pueden cambiar en función de los acontecimientos que logren alterar la conducta de cualquiera de los individuos que forman parte de

la relación de apego (Valdéz, 2002). Estudios anteriores han señalado que los acontecimientos vitales importantes o la acumulación de pequeñas contrariedades, pueden llevar tanto a adultos como a niños a desarrollar una depresión (Billings y Moos, 1984; Brown y cols., 1986; Moreno y cols., 1995) y además los estresores menores o problemas cotidianos pueden tener un efecto acumulativo y aumentar la vulnerabilidad, como hemos citado anteriormente, a presentar otros problemas de salud física y mental (Aysan, Thompson y Hamarat, 2001; O'Neil y cols., 2004). Varias investigaciones han asociado los pensamientos disfuncionales y los acontecimientos vitales negativos con la ideación suicida y con la depresión (Adams y Adams, 1993; Philippi y Roselló, 1995).

De esta manera, la aparición de sintomatología depresiva puede relacionarse con el número de acontecimientos negativos vividos. Hammen (1997) mantienen que, sí a una baja autoestima se suma una experiencia de acontecimientos vitales negativos, se convierte en un buen predictor de sintomatología depresiva. En general, la mayoría de estados depresivos y ansiosos parecen estar propiciados por un acontecimiento vital grave unos meses antes del inicio (Del Barrio, 2007; Brown, 1989), al que posiblemente se pueden sumar otros estresores menores anteriores, cuyo impacto acumulativo aumenta la vulnerabilidad del individuo y disminuye su capacidad de afrontamiento. En la misma línea de investigación, Adams y Adams, (1993) encontraron relación entre los acontecimientos vitales estresantes, la depresión y el intento de suicidio y Shafii y Shaffi (1995) mantienen que la mayoría de estudios también muestran que la intensidad, gravedad, duración, cronicidad, recaídas y riesgo de suicidio son significativamente mayores en niños y adolescentes con un diagnóstico comórbido que en niños y adolescentes sin él.

A todo lo expuesto anteriormente añadimos la idoneidad del colegio o instituto para la detección de este tipo de alteraciones y, en ese sentido, nos amparamos en las teorías de Brumback, Dietz-Schmidt y Weinberg (1977) que postulan la detección temprana y tratamiento adecuado de los niños con enfermedad afectiva para poder evitar el consecuente fracaso personal, así como el aislamiento social, la actividad antisocial y el suicidio (citado en Cantwell y Carlson, 1987). La forma en que una persona vive sus experiencias estará en función de sus esquemas mentales y sus cogniciones. No olvidemos que esquemas, cogniciones y estado afectivo actual del individuo serán responsables de sus reacciones emocionales. Pero estas reacciones siempre serán propias, esto es, específicas, ya que una misma situación podrá generar emociones distintas en diferentes personas, puesto que lo que interpretamos es, en definitiva, lo que vivimos.

## **Método**

*Participantes:* La muestra estuvo conformada por 312 alumnos, 188 chicas y 124 chicos, estudiantes de 3º y 4º de ESO y 1º y 2º de bachillerato de dos colegios públicos y dos privados concertados de Barcelona y su provincia. El muestreo fue

aleatorio eligiendo una clase de cada curso participante en cada uno de los colegios.

*Descripción de la muestra:* Número de casos que participan en este estudio, N= 312. Todos los alumnos participantes tenían edades comprendidas entre los 14 y los 18 años. El número total de casos de la muestra se distribuye de la siguiente manera:

<b>Tabla nº 1. Distribución de los individuos de la muestra. N=312</b>		
Sexo	Nº individuos	Porcentaje
Chicas	188	60,25%
Chicos	124	39,75%
Total	312	100%

<b>Tabla nº 2. Distribución de la muestra por cursos.</b>			
Curso	Chicas	Chicos	Total
3º ESO	41	37	78
4º ESO	36	39	75
1º Bachillerato	59	23	82
2º Bachillerato	52	25	77
Total	188	124	312

*Procedimiento y pruebas empleadas:* Los datos que nos permitieron una primera aproximación a la posible población afectada, los tomamos de las mediciones realizadas mediante tres cuestionarios:

*Children's Depression Inventory.* El autoinforme CDI (*Children's Depression Inventory*) fue desarrollado por Kovacs y colaboradores (1985, 1992). El CDI es el autoinforme más usado para la evaluación de la depresión infantil en niños y adolescentes de 7 a 17 años. El CDI consta de 27 ítems que miden sintomatología depresiva. La escala discrimina entre jóvenes con diagnóstico de depresión mayor o distimia, otros trastornos psiquiátricos y muestra comunitaria. Es una prueba sensible a los cambios de la sintomatología depresiva a través del tiempo, y además es un procedimiento adecuado para el *screening*. Sobre la sensibilidad y especificidad del CDI para el punto de corte 19 (puntuación a partir de la cual se considera que existe presencia de sintomatología depresiva severa), se dispone de los datos obtenidos en el estudio de la depresión infantil, de Domènech y Polaino-Lorente (1990) sobre una N=6432 y fueron los siguientes: sensibilidad: 32,3%, especificidad: 94,3%, mal clasificados: 5,6%, valor predictivo positivo: 9,2%, valor predictivo negativo: 98,7.

Kovacs (1992) hace una revisión de estudios que han analizado la fiabilidad del CDI, tanto su consistencia interna, como la fiabilidad test-retest o la fiabilidad

a dos mitades. En la mayoría de estudios los coeficientes alfa oscilan entre 0,71 y 0,94, indicadores de una buena consistencia interna del instrumento. La fiabilidad del CDI se ha demostrado aceptable oscilando entre 0,38 y 0,87 para la estabilidad temporal (en el periodo comprendido entre una semana y un año). Frías (1990) refiere que la aplicación del CDI en una muestra de 1.286 niños españoles normales proporcionó un alfa de Cronbach de 0,79. Los datos sobre validez del CDI respecto a otros instrumentos fueron: convergencia con el Children's Depression Scale (CDS) 0,84 convergencia con la Escala de Evaluación de la Depresión (EED) 0,78. Por último, la adaptación española del CDI (Del Barrio y Carrasco, 2004) muestra un alfa de Cronbach de 0,79, una fiabilidad test-retest de 0,38 y una fiabilidad de las dos mitades de 0,77.

*El Parental Bonding Instrument* (P.B.I.) es un cuestionario de autoinforme desarrollado por Parker, Tupling y Brown, (1979). Basado en la Teoría del Vínculo de John Bowlby, el P.B.I. mide la percepción de la conducta y la actitud de los padres en relación con el sujeto en su infancia y adolescencia. En este instrumento se pregunta al adolescente por el recuerdo que tiene sobre las relaciones con su padre y con su madre durante la infancia, pretende evaluar el tipo de vínculo de apego establecido para cada uno de los progenitores. Está formado por 25 ítems referidos al padre y otros 25 referidos a la madre que se agrupan en dos dimensiones: afecto/cuidado versus rechazo (13 ítems) y sobreprotección versus estimulación de la autonomía (12 ítems).

Las propiedades psicométricas también han sido estudiadas. La fiabilidad del PBI respecto de su consistencia interna se halla entre los valores del 0,78 y 0,89 respectivamente para las escalas subdivididas por el sexo del progenitor. Resultados de estudios posteriores en la estandarización de PBI confirman la compatibilidad con el original (Sánchez-Queija y Oliva, 2003; Parker, 1979).

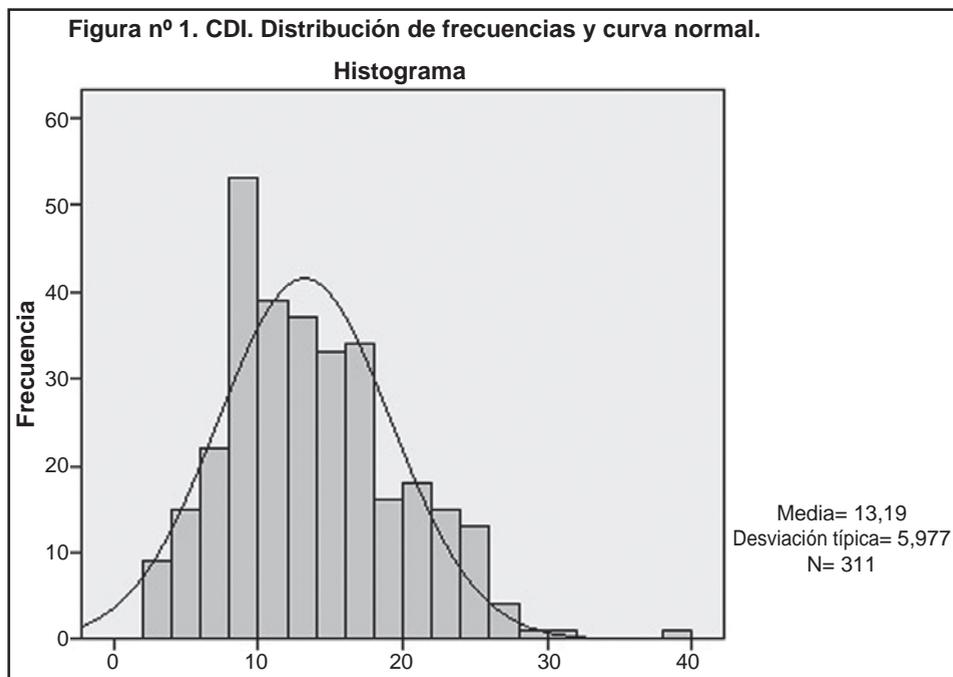
*Inventario de Acontecimientos Vitales en Infancia y Adolescencia* (AVIA) tiene como objetivo determinar la cantidad, calidad, impacto y momento de ocurrencia de los acontecimientos vitales en la infancia y la adolescencia. Este inventario fue creado a partir de las escalas de Coddington (1972) y de Holmes y Rahe (1967). Tiene como objetivo determinar la cantidad, calidad, impacto y momento de ocurrencia de los acontecimientos vitales (AV) en la Infancia y Adolescencia. Traducido por Morato y adaptado para investigaciones en España por Moreno y Del Barrio (1992), consta de un total de 81 elementos, correspondientes a cuatro factores distintos: Familia, Escuela, Salud y Relaciones y Actividades sociales. Cada elemento tiene 4 tipos de respuesta que permiten 12 posibles combinaciones de medida distintas: la primera de ellas es la suma total de eventos, estableciéndose dos puntuaciones, una de AV positivos y otra de negativos. También se obtienen sumas de eventos por cada una de las 4 áreas tanto positivo como negativo.

*Descripción del trabajo realizado:* Se estableció contacto con el Director de

cada colegio seleccionado para presentar el proyecto y explicar los objetivos del estudio. Se solicitó consentimiento informado a los padres de los alumnos participantes. Se organizó la sesión para que ocupara una hora de clase (asumiendo una clase de 50-60 minutos). La privacidad de los adolescentes era prioritaria así como la confidencialidad de las respuestas. Se fomentó un entorno adecuado para conseguir la mayor participación y el menor número posible de respuestas erróneas.

## RESULTADOS.

Como requisito previo a poder analizar dichas relaciones, había que demostrar primero que nuestra muestra se ajustaba a la distribución normal. Para ello se aplicó la prueba estadística no paramétrica de Kolmogorov-Smirnov. Tal como demuestra la prueba estadística no paramétrica de Kolmogorov-Smirnov la distribución de los resultados del CDI en la muestra  $n=312$ , se ajusta a la curva normal con una media  $M=13,19$  y una desviación típica  $DT=5,97$ ; siendo su puntuación mínima=2; puntuación máxima=37 y  $z=1,574$ ;  $p=0,014$ .



El análisis de las puntuaciones de los 312 jóvenes participantes que respondieron a los cuestionarios ofrece una imagen de la importancia de este tipo de estudios que recogen el bienestar emocional de los participantes. La tabla nº 4, sintetiza las medias y desviaciones típicas de la muestra de este estudio para cada dimensión así como el grado de significación estadística.

Tabla nº 4. Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra.								
		CDI-TOTAL	AVIA-POS	AVIA-NEG	CONTRL M	CONTRL P	AFECT M	AFECT P
N		311	312	312	311	307	311	308
Parámetros normales(a,b)	Media	13,19	6,36	11,97	15,72	13,79	28,41	25,12
	Desviación típica	5,977	4,380	7,103	6,334	6,500	6,313	7,365
Diferencias más extremas	Absoluta	,089	,123	,093	,060	,080	,133	,100
	Positiva	,089	,123	,093	,060	,080	,114	,070
	Negativa	-,045	-,075	-,058	-,033	-,053	-,133	-,100
Z de Kolmogorov-Smirnov <sup>1</sup>		,574	2,167	1,641	1,060	1,402	2,354	1,755
Sig. asintót. (bilateral)		,014	,000	,009	,212	,039	,000	,004
<p>a. La distribución de contraste es la Normal.</p> <p>b. Se han calculado a partir de los datos.</p>								

*Análisis de correlaciones:* A continuación exponemos las principales correlaciones obtenidas con sus grados de significación estadística (ver tabla nº5) que confirman que los resultados obtenidos, mantienen una conexión significativa entre los patrones de apego controladores y fríos, la sintomatología depresiva y los acontecimientos vitales negativos.

En términos generales y sin tener de momento en cuenta las individualidades de los casos de la muestra, las correlaciones de las dimensiones investigadas nos permiten enunciar los hallazgos más interesantes. Así entre las dimensiones que más fuertemente correlacionan encontramos: los tipos de AFECT-M y AFECT-P (ambos con carga negativa y siendo sensiblemente superior el AFECT-M) con el CDI Total; el CONTRL-M y CONTRL-P con el CDI Total, los AVIA negativos con el CDI Total. Entre las dimensiones de AFECT-M y AFECT-P y CONTRL-M y CONTRL-P también existen correlaciones importantes. Sin embargo no encontramos correlación entre los AVIA positivos y el CDI Total.

*Análisis del CDI Total:* Los acontecimientos vitales positivos vividos, no explican la posible variación de la sintomatología depresiva. Al contrario, la relación entre el CDI Total y el AVIA (-) si que presenta significación estadística con el valor de  $r=0,410(**)$ . El AVIA (-) juntamente con el AFECT-M son las dos variables más relacionadas con la sintomatología depresiva (ver tablas de contingencia nº 3 y 4). El CDI Total correlaciona negativamente con las dimensiones AFECTO Materno, resultado=  $-0,404(**)$  y también con AFECTO Paterno pero con un coeficiente menor, resultado=  $-0,316 (**)$ .

*Demostración de hipótesis específicas:* Para un análisis más pormenorizado hemos decidido incluir unas tablas de contingencia (tablas nº6 y7) donde podemos

Tabla nº 5. Análisis de correlaciones								
		AVIA_POS	AVIA_NEG	CDI_TOTAL	CONTRLM	CONTRLP	AFFECTM	AFFECTP
AVIA_POS	Correlación de Pearson	1	,453(**)	-,003	-,077	-,037	,021	,019
	Sig. (bilateral)		,000	,951	,178	,514	,707	,742
	N	312	312	311	311	307	311	308
AVIA_NEG	Correlación de Pearson	,453(**)	1	,410(**)	,169(**)	,130(*)	-,274(**)	-,207(**)
	Sig. (bilateral)	,000		,000	,003	,023	,000	,000
	N	312	312	311	311	307	311	308
CDI_TOTAL	Correlación de Pearson	-,003	,410(**)	1	,300(**)	,228(**)	-,404(**)	-,316(**)
	Sig. (bilateral)	,951	,000		,000	,000	,000	,000
	N	311	311	311	310	306	310	307
CONTRLM	Correlación de Pearson	-,077	,169(**)	,300(**)	1	,462(**)	-,464(**)	-,230(**)
	Sig. (bilateral)	,178	,003	,000		,000	,000	,000
	N	311	311	310	311	306	311	307
CONTRLP	Correlación de Pearson	-,037	,130(*)	,228(**)	,462(**)	1	-,204(**)	-,348(**)
	Sig. (bilateral)	,514	,023	,000	,000		,000	,000
	N	307	307	306	306	307	306	307
AFFECTM	Correlación de Pearson	,021	-,274(**)	-,404(**)	-,464(**)	-,204(**)	1	,435(**)
	Sig. (bilateral)	,707	,000	,000	,000	,000		,000
	N	311	311	310	311	306	311	307
AFFECTP	Correlación de Pearson	,019	-,207(**)	-,316(**)	-,230(**)	-,348(**)	,435(**)	1
	Sig. (bilateral)	,742	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	308	308	307	307	307	307	308
** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).								
* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).								

observar la dirección de las asociaciones más importantes encontradas. De esta forma podemos comprobar que a menor AFFECT-M aumenta la sintomatología, en caso contrario, a mayor AFFECT-M disminuye la sintomatología depresiva.

1° A menos AFECTO Materno encontramos más sintomatología depresiva.

<b>Tabla nº 6. Tablas de contingencia.</b>								
			Percentile Group of AFECTM				Total	
			1	2	3	4		
Percentile Group of CDI_TOTAL	1	Recuento	4	12	25	31	72	
		% de Percentile Group of AFECTM	5,6%	16,2%	26,0%	44,9%	23,2%	
	2	Recuento	17	21	31	15	84	
		% de Percentile Group of AFECTM	23,9%	28,4%	32,3%	21,7%	27,1%	
	3	Recuento	13	20	23	14	70	
		% de Percentile Group of AFECTM	18,3%	27,0%	24,0%	20,3%	22,6%	
	4	Recuento	37	21	17	9	84	
		% de Percentile Group of AFECTM	52,1%	28,4%	17,7%	13,0%	27,1%	
	Total		Recuento	71	74	96	69	310
			% de Percentile Group of AFECTM	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

2° A más AVIA (-) aumenta la sintomatología depresiva.

<b>Tabla nº 7. Tablas de contingencia.</b>								
			Percentile Group of AVIA_NEG				Total	
			1	2	3	4		
Percentile Group of CDI_TOTAL	1	Recuento	29	21	11	11	72	
		% de Percentile Group of AVIA_NEG	39,7%	23,1%	16,2%	13,9%	23,2%	
	2	Recuento	29	24	16	16	85	
		% de Percentile Group of AVIA_NEG	39,7%	26,4%	23,5%	20,3%	27,3%	
	3	Recuento	10	26	19	15	70	
		% de Percentile Group of AVIA_NEG	13,7%	28,6%	27,9%	19,0%	22,5%	
	4	Recuento	5	20	22	37	84	
		% de Percentile Group of AVIA_NEG	6,8%	22,0%	32,4%	46,8%	27,0%	
	Total		Recuento	73	91	68	79	311
			% de Percentile Group of AVIA_NEG	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En el análisis de comparaciones múltiples o pruebas «post hoc» quedaron reflejadas de manera más sintética el resto de hipótesis específicas entre las que encontramos:

3° A más CONTROL Materno aumenta la sintomatología depresiva.

4° A más CONTROL Paterno aumenta la sintomatología depresiva

5° A menos AFECTO Paterno encontramos más sintomatología depresiva.

Al evaluar la asociación que existe entre el número de acontecimientos vitales negativos con síntomas depresivos y con el AFECT-M y AFECT-P, los resultados indican que entre los adolescentes con puntuaciones superiores en AFECT-M y AFECT-P, que a nuestro entender indica la existencia de un estilo o patrón afectivo más cálido con ambos padres, hubo muy poca asociación entre los acontecimientos vitales negativos y los síntomas depresivos, mientras que en los adolescentes con patrones de apego más fríos y/o controladores, los acontecimientos vitales negativos guardan más asociación con la sintomatología depresiva.

*Análisis de la estructura factorial:* Posteriormente nos interesó analizar la estructura factorial de la matriz de datos generada por las variables analizadas. El análisis de componentes principales con rotación Varimax, evidenció dos componentes, el primero de los cuales explica un 36,62% de la varianza y el segundo un 20,12% de la varianza. Esta estructura factorial revela que el primer factor está compuesto por el control materno, por la falta de afecto materno, la falta de afecto paterno y el exceso de control paterno y la sintomatología depresiva. El segundo factor se compone sobre todo de acontecimientos vitales positivos y negativos.

Estos resultados nos llevaron a nombrar al primer factor como *vínculo y estado de ánimo* y el segundo factor como *acontecimientos vitales positivos y negativos*. Esto nos lleva a contemplar el *vínculo más el estado de ánimo* como un factor predisponente-relacional pensando en futuras líneas de investigación. En esta misma línea podemos aseverar que a raíz de los resultados obtenidos, un mal vínculo familiar puede actuar como factor predisponente y los acontecimientos vitales como factores desencadenantes.

*Análisis de la incidencia de sintomatología depresiva y otros factores:* Los resultados encontrados de las medias de puntuación por género y curso, la tasa de prevalencia de sintomatología depresiva y la tasa de prevalencia de la ideación suicida, concuerda con los resultados obtenidos en estudios sobre la depresión y/o el suicidio en investigaciones realizadas en nuestro país y en Estados Unidos. A continuación exponemos estos resultados (tabla nº 8) por formar parte de nuestros objetivos e hipótesis. *Puntuaciones sobre N=312:* mínima=2; máxima=37; media=12,82; desviación estándar=5,74.

Se puede observar que las puntuaciones medias de las chicas son superiores a las de los chicos en todos los cursos. También se han encontrado diferencias significativas entre el curso y el sexo para las puntuaciones del CDI, siendo las puntuaciones de las chicas más elevadas que las de los chicos tal y como habíamos

Curso	Chicas		Chicos		Total
	Media	Desviación típica	Media	Desviación típica	Media por curso
3º ESO	12,80	6,627	11,31	4,939	12,05
4º ESO	14,44	6,583	12,00	3,663	13,22
1º Bachill	15,63	6,780	12,65	4,549	14,14
2º Bachill	13,10	5,845	11,56	6,145	12,33

incluido en nuestras hipótesis. En la misma línea observamos que a mayor edad la puntuación en el CDI aumenta salvo en el caso de 2º de bachillerato donde disminuye ligeramente. En todos los casos las medias obtenidas por las chicas superan la media global de la muestra.

*Prevalencia sintomatología depresiva.* Número total de casos en CDI con puntuación igual o superior a 19 puntos: Sobre la muestra total N=312 alumnos, aparecen un total de 54 casos con puntuación igual o superior a 19, lo que indica presencia de sintomatología depresiva. Así podemos afirmar que la prevalencia de sintomatología depresiva en nuestra muestra es del: 17,31%. Esta cifra se encuentra entre los valores hallados en estudios anteriores por autores como: Kandel y Davies (1982) que lo situaron en un 18%; Teri (1982) identificó un 27% con depresión moderada y Reynolds (1983) informa de un 18%. En muestras poblacionales actuales de adolescentes, se obtienen resultados parecidos lo que confirma la importancia de este tipo de investigaciones (Del Barrio, 2007; Kessler y cols., 2001; Domènech y Polaino-Lorente, 1990; Gotlib y Hammen, 1996; Mestre, 1992; Kazdin, 1990).

*Distribución por género y CDI igual o superior a 19:* En cuanto a diferencias de género, en este estudio aparecen diferencias estadísticamente significativas e importantes entre hombres y mujeres, desviándose en este caso nuestras cifras de las obtenidas en otros estudios, donde la tasa es de alrededor del doble en mujeres que hombres. Autores como Frías, Mestre, Del Barrio y García-Ros (1992) coinciden en hallar diferencias de género importantes sobre todo con grandes grupos de participantes.

Número de casos- chicas= 45; prevalencia= 83,33%.

Número de casos-chicos= 9; prevalencia= 16,67%.

En este sentido, la explicación mas plausible sea la que aporta Rodríguez-Testal y cols., (2002) que mantienen que estas diferencias pueden deberse a la amplitud de la población estudiada. En el caso de elegir submuestras, las diferencias entre mujeres y hombres se diluyen.

*Distribución por cursos y CDI igual o superior a 19:* Como se puede observar en la tabla nº 9, el número de casos que presentan las chicas en todos los cursos es siempre superior y mantienen una relación significativa con el valor de las medias de puntuación obtenidas en el CDI tal y como mostramos en la tabla nº 6.

Tabla nº 9. Distribución por cursos CDI igual o superior a 19			
Curso	Chicas	Chicos	Total
3º ESO	8	2	10
4º ESO	11	0	11
1º Bachillerato	18	2	20
2º Bachillerato	8	5	13
Total	45	9	54

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos indican una conexión significativa entre el patrón de apego controlador y frío, la sintomatología depresiva y los acontecimientos vitales negativos, lo que coincide con los resultados de gran parte de la literatura al respecto (Del Barrio, 2007; Wagner, Cohen y Brook, 1996; Moreno, 1992; Arnold, 1990).

Así en nuestros resultados encontramos que la presencia de síntomas depresivos se relaciona de forma estadísticamente significativa con los estilos de apego más controladores y fríos. El CDI Total correlaciona negativamente con las dimensiones de Afecto Materno  $r = -0,404(**)^1$ , y con Afecto Paterno  $r = -0,316(**)$ . Los adolescentes que puntúan más alto en estas dos dimensiones (apego seguro fruto de un patrón afectivo más cálido), encontramos poca asociación entre los acontecimientos vitales y los síntomas depresivos. Autores como Cummings y Cummings (1988) mantienen que los hijos de madres que expresan emociones positivas tienen más respuestas adaptativas frente a los acontecimientos vitales. En los adolescentes que puntúan altos en los patrones de apego más fríos y/o controladores (inseguros y evitativos), los acontecimientos vitales negativos guardan más asociación con la sintomatología depresiva.

Los resultados encontrados en las correlaciones, también muestran que el apego suele producirse respecto de la madre. Creemos que los cuidados maternos contribuyen claramente a la seguridad del apego, especialmente la sensibilidad materna y la tolerancia a la ansiedad como mantienen Fonagy (2004), Del Barrio (2002) y Belsky (1999a), aunque ésta no tenga una sólida base empírica como reconoce Fonagy (2004). La importancia de este último aspecto referido queda reflejada en la importante relación que mantienen la variable Afecto Materno con la sintomatología depresiva ( $r = -0,404$ )\*\* y que junto al AVIA Negativo ( $r = 0,410$ )\*\* son las dos variables que más correlacionan.

Además esto guarda estrecha relación con el estudio de Magai, Hunziker, Mesias y Culver (2000) que dicen que el estilo seguro correlaciona negativamente con las emociones negativas y a la tendencia de que los afectos negativos recorran la conciencia. En la misma línea, los resultados obtenidos en este estudio demues-

<sup>1</sup> La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

tran que el número de acontecimientos vitales negativos experimentados por los sujetos correlaciona positivamente AVIA Negativo ( $r=0,410^{**}$ )<sup>2</sup> con la sintomatología depresiva (puntuación igual o superior a 19). Sin embargo, no ocurre lo mismo con los acontecimientos positivos, puesto que los sujetos que han tenido muchas experiencias positivas AVIA Positivo ( $r=0,003$ ) no presentan niveles de depresión más bajos que los que han tenido pocas experiencias. Esta relación exclusiva con los acontecimientos vitales negativos aparece también en otras investigaciones (Ge y cols.; 2001; Loos, Beck y Wallace, 1995; Moreno y cols., 1996). Tal resultado sería totalmente consistente con otros estudios que señalan que la acumulación de acontecimientos vitales estresantes en los adolescentes aumenta su vulnerabilidad a padecer trastornos depresivos (Chang, 2001; Ge y cols., 2001) o el estudio de Waters y cols., (2000) que encontraron que los acontecimientos vitales negativos del ciclo vital, fueron los factores más importantes en el cambio de apego entre la infancia y la adolescencia. En cualquier caso, la repercusión de los acontecimientos vitales sobre los estados emocionales existe y un acontecimiento negativo puede desencadenar una depresión, sobre todo en lo períodos de tiempo más inmediato al suceso (Del Barrio, 2007; Kessler, 1997).

En referencia a este último dato podemos aportar lo siguiente; anteriormente un acontecimiento considerado como antecedente de la depresión era la muerte de los padres (Crook y Elliot, 1980; Rutter, 1966), por su parte Del Barrio (2007) también informa de trabajos donde la depresión aparece por la experiencia de un acontecimiento en solitario. Sin embargo, la mayor parte de estudios que investigan los efectos acumulativos, dicen que es la exposición continua a estímulos estresantes la que de una manera temprana o tardía, provoca numerosos procesos patológicos tal y como afirma en su revisión sobre el tema Leza (2005).

En nuestra investigación parece confirmarse este aspecto ya que entre los seis casos que encontramos en la muestra, ( $N=312$ ) con el padre/madre fallecido o no conocido, tan solo en uno de los casos, la puntuación del CDI supera el punto de corte 19, lo que indica presencia de sintomatología depresiva solo en uno de los seis casos. Este último dato presenta una conexión significativa y apoyaría con un estudio de Parker (1992) que mantiene que la causa de la depresión no es la desaparición precoz de la madre o padre sino la falta de un sustituto adecuado y por tanto la carencia de cuidados y atención indispensable para el desarrollo correcto.

A este punto referido y de autores más actuales como O'Neill, Cohen, Tolpin y Gunther (2004) y Aysan, Thompson y Hamarat (2001), mantienen que los estresores menores negativos o problemas cotidianos, pueden llegar a tener un efecto acumulativo y aumentar la vulnerabilidad a presentar problemas de salud física y/o mental. Lo anterior surge como relevante ya que si bien la literatura en apego es sumamente amplia y variada, no es posible encontrar una sistematización en nuestro medio, que permita conectar los distintos temas.

---

<sup>2</sup> La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Nos parece fundamental también mencionar que Herrero y Musitu (1998) mantienen que el apoyo social percibido tiene un efecto supresor sobre los acontecimientos vitales estresantes, lo que coincide con las correlaciones encontradas en nuestro trabajo entre el CDI Total y las dimensiones Afecto Materno y Paterno positivos (+) y Control Materno y Paterno negativos (-). Tal y como hemos citado anteriormente, en cualquier caso la repercusión de los estados emocionales existe, bien sea por un acontecimiento vital negativo muy importante que puede desencadenar una depresión, sobre todo en los períodos de tiempo más inmediato al suceso (Del Barrio, 2007; Kessler, 1997), como por la acumulación e impacto de otros acontecimientos vitales negativos considerados menores (Moreno, 1992).

Lo anterior se relaciona con nuestros datos, donde hemos encontrado que a más Afecto Materno y Paterno disminuye la sintomatología depresiva y que a menos Control Materno y Paterno encontramos también menos sintomatología. En línea con lo hallado, nuestro estudio también parece confirmar otras referencias precursoras. Bowlby (1989, 1990, 1993) ya indicaba que las relaciones tempranas entre padres e hijos, estrechas y profundas, ejercen un efecto protector frente a posibles acontecimientos negativos y Shafii y Shafii (1995) subrayaban la importancia del papel de la familia en la génesis, expresión y mantenimiento de los trastornos depresivos en los niños, tal y como ya hemos citado anteriormente. En consecuencia, la familia eje sobre el que giran los individuos, parece significar en unas circunstancias un factor de protección, dependiendo de su estilo o patrón de apego, y en otras de vulnerabilidad (Méndez, 2001; O’Kearney, 1996, Moreno, 1992).

Desde Ainsworth y cols., (1978) la ausencia de vínculo afectivo se relaciona directamente con la inseguridad, el retraimiento y la inestabilidad emocional. No debemos olvidar que los sentimientos son objetos mentales de quien los experimenta, y como tales forman parte de su nivel anímico. Prácticamente existe unanimidad en todas las investigaciones sobre la existencia de una correlación positiva entre malas relaciones padres-hijos y los trastornos depresivos (Del Barrio, 2007). Así pues creemos que la familia disfuncional y un apego inconsistente son los principales factores de riesgo en las primeras etapas del desarrollo y concuerda con las afirmaciones que mantienen autores como Méndez (2001) y del Barrio (2002) al decir que las relaciones familiares son, quizás, el factor más importante en el desarrollo emocional del individuo.

En la presente investigación también coinciden nuestros resultados de correlaciones entre componentes con los datos de Fox, Kimberly y Schafer (1991). Recordamos la cita de Oliva (2004) basándose en un meta-análisis realizado por los mismos autores, donde informa que existe una clara concordancia entre el tipo de apego que el niño establece con ambos progenitores y no solo con la madre. En nuestra muestra aparece una correlación significativa entre el Afecto Materno y el Afecto Paterno, lo que indica que ambos estilos de apego son similares y por lo tanto

coherentes. No obstante es posible que un niño desarrolle un estilo de apego seguro con un progenitor y un estilo de apego inseguro con el otro puesto que no todos los binomios parentales son idénticos.

Sobre la importancia de la detección de alteraciones emocionales la tasa de prevalencia de sintomatología depresiva que hemos obtenido en el presente estudio está comprendida entre las cifras que aportan otros autores. Del Barrio (2007,2002) precisa que la depresión afecta a los niños de forma desigual y en la adolescencia alcanza cotas del 10% y el 20%. Gotlib y Hammen (1996) sitúan la tasa de prevalencia entre un 15 y un 20% y autores como Kessler y cols., (2001), Mestre (1992) Domènech y Polaino-Lorente, (1990) aportan datos muy similares en revisiones sobre el tema. El análisis de puntuaciones del CDI, indica que los mayores promedios se obtuvieron a los 16-17 años y corresponde a los estudiantes de 1º de bachillerato, siendo los jóvenes de menos edad, 14-15 años y estudiantes de 3º de ESO, los que muestran menos sintomatología depresiva, confirmando otra de nuestras hipótesis (la sintomatología depresiva en la adolescencia tiene relación con el momento evolutivo), es decir, aparece de manera más prominente durante esta etapa (adolescencia) como ya habían hallado anteriormente Del Barrio y cols., (2004) y Rodríguez Testal y cols., (2002). También se puede apreciar según los resultados obtenidos que los síntomas depresivos van aumentando con la edad. Sobre este punto referido, Kashani y cols., (1983, 1986, 1987) y Kaplan y cols., (1984) ya habían demostrado que la prevalencia de la depresión aumenta con la edad en niños y adolescentes.

En nuestro estudio, las cifras obtenidas sobre el total de 54 sujetos de la muestra, con puntuación del CDI igual o superior a 19, las chicas obtienen una incidencia del 83,33% (45 chicas) del total de los casos, mientras que los chicos obtienen un 16,67% (9 chicos) del total de la muestra con presencia de sintomatología depresiva. Las diferencias de género también podrían ser el resultado del hecho que hombres y mujeres difieren en el procesamiento de sensaciones viscerales y somáticas, tal y como mantienen Barra y cols.; (2005).

Diferentes trabajos coinciden en hallar diferencias de género sobre todo con grandes grupos de participantes (Frías, Mestre, Del Barrio y García-Ros, 1992). En los estudios con adultos las tasas apuntan en dos direcciones; o bien la tasa de las chicas es mayor que la de los chicos, o bien es similar para ambos grupos. Esta tasa es de alrededor del doble en la mujer que en el hombre, no obstante las muestras suelen ser más homogéneas. Si recuperamos estudios anteriores, Kandell y Davies (1982) ya encontraron que las adolescentes de 14-18 años tenían más síntomas depresivos que los chicos. En muestras españolas concordaban los hallazgos (Del Barrio y Mestre, 1989; Domènech y Polaino-Lorente, 1990). En nuestro caso el número de chicas de la muestra es muy superior (188 chicas y 124 chicos) por lo que no disponemos de otra explicación plausible para entender que el número de chicas con CDI igual o superior a 19, sea cinco veces superior al de los chicos. Sin embargo

Rodríguez-Testal y cols.; (2002) mantienen que estas diferencias pueden deberse a la amplitud de la población estudiada, puesto que cuando se consideran submuestras, las diferencias entre varones y mujeres se diluyen.

De la misma manera, la mayor puntuación en sintomatología depresiva obtenida por las adolescentes, podría ser considerada como una conducta de mayor reactividad o susceptibilidad de ser afectadas negativamente por los acontecimientos vitales negativos en el procesamiento de sensaciones viscerales y somáticas, tal y como mantienen Barra y cols.; (2005). No podemos olvidar, por otra parte, el hecho que la pubertad de las mujeres tienda a ser más temprana, lo cual puede exponerlas en mayor grado que a los hombres, a enfrentarse a nuevos acontecimientos estresantes y cambios en las normas sociales y expectativas conductuales, antes de que ellas estén psicológicamente preparadas para tales desafíos.

Queremos apuntar otra posibilidad; se ha detectado en la depresión que la influencia ambiental es más importante en los primeros años de vida, mientras que en la adolescencia, el peso genético se vuelve mayor sobre todo en las chicas (Scourfield, Rice y cols., 2003) lo que concuerda con los resultados obtenidos en el presente trabajo.

---

*La sintomatología depresiva alcanza cotas entre el 10% y el 20% en los adolescentes. Este tipo de padecimientos puede incidir en su desarrollo psicológico. En el presente trabajo se estudió la relación entre los estilos de apego, la sintomatología depresiva y los acontecimientos vitales negativos, así como la incidencia de la edad y el género en estas variables. La muestra está formada por 312 adolescentes escolarizados con edades entre 14 y 18 años. Los resultados indican una conexión significativa entre los estilos de apego controladores y fríos, la sintomatología depresiva y los acontecimientos vitales, lo que coincide con los resultados de gran parte de la literatura al respecto. En esta misma línea, los resultados obtenidos en este estudio demuestran que el número de acontecimientos vitales negativos experimentados correlaciona positivamente con la sintomatología depresiva.*

Palabras clave: *adolescentes, depresión, estilos de apego, acontecimientos vitales.*

## Referencias bibliográficas

- ABELA, J., & TAYLOR, G. (2003). Specific vulnerability to depressive mood reactions in School children: The moderating role of self-esteem. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32, 408-419.
- ABRAMSON, L.Y., ALLOY, L.B., METALSKY, G., JOINER, T.E. & SANDIN, B. (1997). Teoría de la depresión por desesperanza: Aportaciones recientes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2, 211-222.
- ADAMS, J. & ADAMS, M. (1993). Effects of a Negative Life Events and Negative Perceived Problem-Solving Alternatives on Depression in Adolescents: A Prospective Study. *Journal of Child Psychology and*

*Psychiatry*, 34, 743-747.

- AINSWORTH, M.D. & BELL, S.M. (1970). Apego, exploración y separación, ilustrados a través de la conducta de niños de un año en una situación extraña. En J. Delval (Comp.), *Lecturas de psicología del niño*, Vol. 1, 1978. Madrid: Alianza.
- AINSWORTH, M.D., BLEAR, M.C., WATERS, E., & WALL, S. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- AIZPURU, A. (1994). La teoría del apego y su relación con el niño maltratado. *Psicología Iberoamericana*, 2, 1, 37-44.
- ALLOY, L.B., CLEMENTS, C.M. & KOLDEN, G. (1985). The Cognitive Diathesis-Stress Theories of Depression: Therapeutic Implications. En S. Reiss y R. Bootzin (Eds.), *Theoretical Issues in Behavior Therapy*. New York: Academic Press.
- ALVES, C.P. (1995). *Quem sou eu?. O processo de identidade de uma jovem adolescente*. Sao Paulo: Cabral Editora Universitaria.
- ALVES, C.P. (1998). Adolescencia e identidad. *II Congreso Iberoamericano de Psicología* (13-17 de julio). Madrid. Disponible en <http://copsa.cop.es/congresoiberoa/base/basicos/t79.htm>.
- ANGOLD, A., COSTELLO, E. J., & WORTHMAN, C. M. (1998). Puberty and depression: the roles of age, pubertal status and pubertal timing. *Psychological Medicine*, 28, 51-61.
- ARNOLD, L.E. (1990). *Childhood Stress*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- AYSAN, F., THOMPSON, D. & HAMARAT, E. (2001). Test anxiety, coping strategies, and perceived health in a group of high school students: A Turkish sample. *The Journal of Genetic Psychology*, 162, 402-411.
- BARRA, E., CANCINO, V., LAGOS, G., LEAL, P., & SAN MARTIN, J. (2005). Factores psicosociales y problemas de salud reportados por adolescentes. *Psicología y Salud*, Vol. 15, núm. 2:231-239.
- BECK, A.T., RUSH, A.J., SHAW, B.F. & EMERY, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Editorial Desclee de Brouwer.
- BECK, A.T. (1991). Cognitive Therapy. A 30-Year Retrospective. *American Psychologist*, 54, 317-326.
- BECK, A.T. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- BECK, A.T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Hoeber, 1967.
- BELSKY, J. (1999a). International and contextual determinants of attachment security. En *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications*, ed. J.Cassidy y P.R. Shaver, pp. 249-264. New York: Guilford.
- BELSKY, J. & ISABELLA, R. (1988). Maternal, infant and social-contextual determinants of attachment security. En J. Belsky y T. Nezworsky (Eds.), *Clinical implications of attachment* (pp. 41-94). Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- BIFULCO, A., MORAN, P.M., BALL, C., & BERMAZZANI, O. (2002). Adult attachment style. I: Its relationship to clinical depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 50-59.
- BILLINGS, A., & MOOS, R. (1984). Coping stress and social resources among adults with unipolar depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 877-891.
- BLOS, P. (1962). *On adolescence: A psychoanalytic interpretation*. New York: Free Press.
- BOTELLA, L. (2005). Reconstrucción relacional y narrativa en psicoterapia: bases neurobiológicas. *Monografías de Psiquiatría*; nº 3, pag: 28-34.
- BOTELLA, L. (1994). Emociones y construcción del significado: Implicaciones terapéuticas de la concepción constructivista de los procesos emocionales. Barcelona: *Revista de psicoterapia*, vol. IV, 16, 39-55.
- BOURBEAU, L., DILE, M., ELNICK, A. & LABOUVIE-VIEF, G. (1998). Adult attachment styles: Their relations to family context and personality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 6, 1656-1669.
- BOWLBY, J. (2003). *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. Reimpresión. Madrid: Ediciones Morata.
- BOWLBY, J. (1993). *La pérdida afectiva. Tristeza y depresión*. Barcelona: Paidós.
- BOWLBY, J. (1993). *La separación afectiva. El apego y la pérdida*, 2. Barcelona: Paidós.
- BOWLBY, J. (1990). *El vínculo afectivo*. Reimpresión; Buenos Aires: Paidós.
- BOWLBY, J. (1989). *Una base segura*. Buenos Aires: Paidós.
- BOWLBY, J. (1988). *A secure base: Clinical Applications of Attachment Theory*. London: Routledge.
- BOWLBY, J. (1980). *Attachment and Loss*. Vol. 3. Loss, Sadness and Depression. The Hogarth Press: Londres.
- BROWN, G.W., & HARRIS, T.O. (1978). *The social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women*. London: Tavistock Publications.
- BROWN, G.W., BIFULCO, A. & HARRIS, T. (1986). Life stress, chronic, subclinical symptoms and vulnerability

- to clinical depression. *Journal of Affective Disorders*, 11, 1-9.
- BROWN, G.W. (1989). Life Events and Measurement. In G.W. Brown, y T.O. Harris. *Live events and illness*. New York: Guildford Press
- CALZADA, R., ALTAMIRANO, N., & RUIZ, M.L. (2001). La adolescencia. *Acta Pediátrica de México*, 22, 288-291.
- CANTWELL, D.P. & CARLSON, G.A.; (1987). *Trastornos afectivos en la infancia y la adolescencia*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- CASSIDY, J. & BERLIN, L.J. (1994). The insecure/ambivalent pattern of attachment: Theory and research. *Child Development*, 65, 971-994.
- CHANG, E. (2001). Life stress and depressed mood among adolescents: Examining a cognitive-affective mediation model. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20, 416-429.
- CLARK, D.A. & BECK, A.T. (1997). El estado de la cuestión en la teoría y la terapia cognitiva. En I. Caro. *Manual de Psicoterapias cognitivas* (pp. 119-129). Barcelona: Paidós.
- CODDINGTON, R.D. (1972). The significance of Life events as etiologic factors in diseases of children II. A study of a normal population. *Journal of Psychosomatic Medicine*, 16, 205-213.
- COLLINS, N.L. (1996). Working models of attachment: implications for explanation, emotion and behaviour. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 810-832.
- CROOK, T. & ELIOT, J. (1980). Parental death during childhood and adult depression: a critical review of the literature. *Psychological Bulletin*, 87, 252-259.
- DANIEL, D. & MOOS, R.H. (1990). Assessing life events stressors and social resources among adolescents: applications to depressed youth. *Journal of Adolescence Research*, 5, 268-289.
- DEL BARRIO, V. (2007). *El niño deprimido: Causa, evaluación y tratamiento*. Barcelona: Edit. Ariel.
- DEL BARRIO, V. & CARRASCO, M.A. (2006). Maternal rearing and depression. 26<sup>th</sup> *International Congress of Applied Psychology*, 17-22, Julio, Atenas.
- DEL BARRIO, V., MESTRE, M.V., TUR, A.M. & SAMPER, P. (2004). La depresión infanto-juvenil. El efecto de los factores emocionales, comportamentales y sociodemográficos. *Rev. de Psicología General y Aplicada*, 57 (1), 5-20.
- DEL BARRIO, V. (2002). *Emociones infantiles. Evolución, evaluación y prevención*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- DEL BARRIO, V. (2001b). Avances en depresión infantil y juvenil. *Información Psicológica*, 76, 3-23.
- DEL BARRIO, V. (1990). Situación actual de la evaluación de la depresión infantil. *Evaluación Psicológica/ Psychological Assessment*, 6, 2, 171-209.
- DEL BARRIO, V., & MESTRE, V. (1989). *Epidemiología de la Depresión Infantil*. Valencia: Conselleria de Sanitat i Consum.
- DIAMOND, G.S. & LIDDLE, H.A. (1999). Transforming Negative Parent-Adolescence Interactions in Family Therapy: From Impasse to Dialogue. *Family Process*, 38, 1, 5-26.
- DOMÈNECH, E. & POLAINO-LORENTE, A. (eds) (1990). *Epidemiología de la depresión infantil*. Barcelona: Espaxs.
- EL-SHIKH, H., FAHMY, E., MICHAEL, V.S. & MOSELHY, H.F. (2004). Acontecimientos vitales y adicción: una revisión de la bibliografía. *Eur. J. Psychiatry. (Ed. Esp.)*. Vol. 18, nº3, pp. 162-170.
- ELZO, J. (2000). *El silencio de los adolescentes*. Madrid: Vivir mejor.
- ELZO, J. (1998). Evaluación de la realidad sociológica del adolescente en nuestro país. *Intervención Psicológica en la Adolescencia. Libro de Ponencias del VIII Congreso INFAD* (pp. 9-26). Pamplona: Universidad Pública de Navarra.
- ERIKSON, E.H. (1980). *Identidad: juventud y crisis*. Madrid: Taurus
- FEENEY, B.C. & KIRKPATRICK, L.A. (1996). Effects of adult attachment and presence of romantic partners on physiological responses to stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 255-270.
- FIGUERAS, A. (2006). *Evaluación multimétodo y multinformativa de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes*. Universidad de Barcelona. Tesis Doctoral.
- FLORES, P.J. (2001). Addiction as an attachment disorder: implications for group therapy. In *Journal Group Psychotherapy*, 51 (1), 63-81.
- FONAGY, P. (2004). Teoría del apego y psicoanálisis. Barcelona: Espaxs.
- FOX, N.A., KIMMERLY, N.L., & SCHAFER, W.D. (1991). Attachment to mother/attachment to father: a meta-analysis. *Child Development*, 62, 210-225.
- FREUD, A. (1958). Psychological study of the child. *Adolescence*; 13: 255-278.
- FRÍAS, D., MESTRE, V., DEL BARRIO, V. & GARCÍA-ROS, R. (1992). Estructura familiar y depresión infantil. *Revista de Psicología*, 52, 121-131.
- GE, X., CONGER, R. & ELDER, G. (2001). Pubertal transition, stressful life events and the emergence of gender

- differences in adolescent depressive symptoms. *Developmental Psychology*, 37, 404-417.
- GERLSMA, C., & LUTEIJN, F. (2000). Attachment style in the context of clinical and health psychology: a proposal for the assessment of valence, incongruence, and accessibility of attachment representations in various working models. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 15-34.
- GIRÓN, S., RODRIGUÉZ, R. & SÁNCHEZ, D. (2003). Trastornos de Comportamiento en los adolescentes. Observaciones desde una perspectiva sistémica-relacional. *Revista Psiquis*, vol 24, nº1, pp 5-14.
- GOLDBERG, S., GOTOWIEC, A., & SIMMONS, R.J. (1995). Infant-mother attachment and behaviour problems in healthy and chronically ill preschoolers. *Development and Psychopathology*, 7:267-282.
- GOTLIB, I.H., & HAMMEN, C.L. (1996). *Psychological aspects of depression*. New York: Wiley.
- GREENBERG, M.T. (1999). Attachment and psychopathology in childhood. En *Handbook of attachment: Theory, Research, and Clinical Applications*, ed. J. Cassidy y P.R. Shaver, pp. 469-496. New York: Guilford.
- GREENBERG, L.S. & PAIVIO, S.C. (2000). *Trabajar con las emociones en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- GRIFFIN, D., & BARTHLOMEW, K. (1994). Models of the self and other: Fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 3, 430-445.
- HALBERSTADT, A.G. (1991). Toward end ecology of expressiveness. En R.S. Feldman y B. Rimé, *Fundamentals of Nonverbal Behavior*. New York: Cambridge University Press.
- HAMMEN, C. (1997). *Depression*. East Sussex: Psychology Press.
- HOLMES, T.H. & DAVIS, E.M. (1989). *Life change, life events, and illness*. New York: Praeger.
- HOLMES, T. & RAHE, R. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Medicine*, 2, p.213.
- HERVÁS, N. (2000). El Sistema de Apego en la Generación de los Padres y Terapia Familiar. *Sistémica*, nº 8, 89-99.
- HERRERO, J. & MUSITU, G. (1998). Apoyo social, estrés y depresión: un análisis causal del efecto supresor. *Revista de Psicología Social*. Vol. 13, nº 2, pp. 195-203.
- HILLSMAN, R. & GARBER, J. (1995). A test of the cognitive diathesis-stress model of depression in children: academic stressors, attributional style, perceived competence, and control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 370-380.
- HUBBS-TAIT, L., OSOFSKY, J., HANN, D., & CULP, A. (1994). Predicting behaviour problems and social competence in children of adolescents mothers. *Family relations*, 43:439-446.
- JACOBOWITZ, D., & HAZEN, N. (1999). Development pathways from infant disorganization to childhood peer relationships. En *Attachment Disorganization*, ed. I. Solomon y C. George, pp. 127-159. New York: Guilford Press.
- KANDEL D.B. & DAVIES M. (1982). Epidemiology of depressive mood in adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 39, 1205-1212.
- KAPLAN, S. L., HONG, G. K., & WEINHOLD, C. (1984). Epidemiology of depressive symptomatology in adolescents. *Journal of the American Academy of Child Psychology*, 23, 91-98.
- KASHANI, J. H., & CARLSON, G. A. (1987). Seriously depressed preschoolers. *American Journal of Psychiatry*, 144, 348-350.
- KASHANI, J. H., HOLCOMB, W. R., & ORVASCHEL, H. (1986). Depression and Depressive symptoms in preschool children from the general population. *American Journal of Psychiatry*, 143, 1138-1143.
- KASHANI, J. H., & RAY, J. S. (1983). Depressive related symptoms among preschool-age children in a child development unit. *Child Psychiatry and Human Development*, 13, 233-238.
- KAZDIN, A.E. (1990). Psychotherapy for children and adolescents. *Annual Review*, 41, 21-54.
- KEARNEY-COOKE, A. (1999). Gender differences and self-esteem. *The Journal of Gender-Specific Medicine*: 2, 46-52.
- KELLY, G.A. (1955/1991). *The Psychology of Personal Constructs* (Vols.1 y 2). London: Routledge.
- KELLY, G.A. (1963). *Teoría de la personalidad*. Ed. Troquel 1966.
- KESSLER, R.C., AVENEVOLI, S. & MERIKANGAS, K. (2001). Mood disorders in children and adolescents: An epidemiologic Perspective. *Biological Psychiatry*, 49, 1002-1014.
- KESSLER, R.C., (1997). The effects of stressful life events on depression. *Annual Review of Psychology*, 48, 191-214.
- KLEIN, D.N. (1997). Longitudinal course of dysthymic disorder. En J. Licinio, .C.L. Bolis, y P. Gold, (Eds.) *Dysthymia*. (pp.9-20). Geneva: World Health Organization.
- KIM, K.J., CONGER, R.D., ELDER, Jr. G.H., & LORENZ, F.O. (2003). Reciprocal influence between life events and adolescent internalizing and externalizing problems. *Child Development*, 74, 127-143.
- KIRK, W. G. (1993). *Adolescents suicide: A school-based approach to assessment intervention*. Champaign, III, USA: Research Press.
- KOVACS, M., (1992). *Children's Depression Inventory Manual*. Multi-Health Systems. New York. U.S.A.

- KOVACS, M., (1985). The Children's Depression Inventory. *Psychopharmacology Bulletin*, 21, 995-8.
- KOVACS, M., OBROSKY, D.S., GATSONIS, C., & RICHARDS, C. (1997). First episode major depressive and dysthymic disorder in childhood: Clinical and socialdemographic factors in recovery. *Journal Of Abnormal Psychology*, 105, 299-312.
- KUIPER, N.A., & OLINGER, L.J. (1989). Stress and cognitive vulnerability for depression: A self-worth model. En R.W. Neufeld (Ed.), *Advances in the investigation of psychology stress*. New York: John Wiley and Sons.
- KWON, S. L., & OEI, T. P. S. (1992). Differential causal roles of dysfunctional attitudes and automatic thoughts in depression. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 309-328.
- LAFUENTE, M.J. (2000). Patrones de apego, pautas de interacción familiar y funcionamiento cognitivo (de la década de los 70 a la de los 80). *Revista de Psicología General y Aplicada*, 53, 165-190.
- LEWINSOHN, P.M., ALLEN, N.B., GOTLIB, I.H. & SEELEY, J.R. (1999). First onset versus recurrence of development. Differential processes of psychosocial risk. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 483-489.
- LEWIS, M., FEIRING, C. & ROSENTHAL, S. (2000). Attachment Over Time. *Child Development*. 71, (3), 707-720.
- LEZA, J.C. (2005). Mecanismos de daño cerebral inducido por estrés. *Ansiedad y Estrés*. Vol. 11 (2-3), 123-140.
- LIOTTI, G. (1995). Disorganized/disorientated attachment in the psychotherapy of the dissociative disorders. En *Attachment Theory: Social, Development, and Clinical Perspectives*, ed. S. Goldberg, R. Muir, y J. Kerr, pp. 343-363, Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- LOSS, N., STEVEN, J., BECK, S.J. & WALLACE, A. (1995). Distressed and Nondistressed Third- and Sixth-Grade Children's Self-Reports of Life Events and Impact and Concordance with Mothers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 397-409.
- LUCIO, E., LEÓN, I., DURÁN, C., BRAVO, E., & VELASCO, E. (2001). Los sucesos de vida en dos grupos de adolescentes de diferente nivel socioeconómico. *Salud Mental*. Vol. 24, nº 5, 17-24.
- LYONS-RUTH, K., ALPEM, L., & REPACHOLI, B. (1993). Disorganized infant attachment classification and maternal psychosocial problems as predictors of hostile-aggressive behaviour in the preschool classroom. *Child Development*, 64:572-585.
- LYONS-RUTH, K., EASTERBROOKS, A., & CIBELLI, C. (1997). Infant attachment strategies, infant mental lag, and maternal depressive symptoms: predictors of internalizing and externalizing problems at age 7. *Development Psychology*, 33:681-692.
- LYONS-RUTH, K., BRONFMAN, E., & PARSONS. (1999). Atypical attachment in infancy and early Childhood among children at development risk: IV. Maternal frightened, frightening, or atypical behaviour and disorganized infant attachment patterns. En *Typical Patterns of Infant Attachment: Theory, Research and Current Directions*, ed. I. Vondra y D. Barnett, pp. 67-96. Monographs of the Society for Research in Child Development, vol. 64.
- MCGEE, WILLIAMS, S. & NADA-RAJA, S. (2001). Low self-esteem and helplessness in childhood and suicidal ideation in early adulthood. *Journal of abnormal Child Psychology*, 29, 281-291.
- MAIN, M. (1996). Introduction to the special Section on Attachment and Psychopathology: 2. Overview of the Field of Attachment. *J. Consult. Clin. Psychol.* 64 (2): 237-243.
- MAIN, M., & HESSE, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightened parental behaviour the linking mechanism? En *Attachment in the Preschool Years: Theory, Research and Intervention*, ed. M. Greenberg, D. Cicchetti, y E.M. Cummins, pp. 161-182. Chicago: University of Chicago Press.
- MARINA, J. A. & LÓPEZ PERNAS, M. (1999). *Diccionario de los sentimientos*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- MÉNDEZ, F. X. (2001). *El niño que no sonríe*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- MESTRES, V. (1992). *La depresión en población adolescente valenciana. Un estudio de seguimiento desde la infancia a la adolescencia*. Valencia: Conselleria de Sanitat i Consum.
- MEYER, B., PILKONIS, P.A., PROIETTI J.M., HEAPE, C.L., & EGAN, M. (2001). Attachment styles and personality disorders as predictors of symptom course. *Journal of Personality Disorders*, 15, 371-389.
- MIKULINCER, M. (1998a). Adult attachment style and individual differences in functional versus dysfunctional experiences of anger. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 513-524.
- MIKULINCER, M. (1997). Adult attachment style and information processing: Individual differences in curiosity and cognitive closure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 2, 1217-1230.
- MORENO, C., DEL BARRIO, V. & MESTRE, V. (1996). Acontecimientos vitales y depresión en adolescentes. *IberPsicología*, 1,1,10.
- MORENO, C., DEL BARRIO, V. & MESTRE, V. (1995). Acontecimientos Vitales en Adolescentes: Un estudio comparativo en dos niveles de edad. *Ciencia Psicológica*.
- MORENO, C. (1992). *Relación entre estado emocional y acontecimientos vitales en adolescentes valencianos*.

Tesis Doctoral. Universitat de Valencia.

- MORENO, C. & DEL BARRIO, V. (1992). Inventario de Acontecimientos Vitales en Infancia y Adolescencia (AVIA). Madrid: UNED (No publicado).
- MUSITU, G. & CAVA, M.J. (2001). *La familia y la educación*. Barcelona: Octaedro
- MUSITU, G., BUELGA, S., LILA, M.S. & CAVA, M.J. (2001). *Familia y adolescencia: Un modelo de análisis e intervención psicosocial*. Madrid: Síntesis.
- NIEDENTHAL, P.M., BRAUER, M., ROBIN, L., & INNES-KER, A.H. (2002). Adult attachment and the perception of facial expression of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 419-433.
- O'DOHERTY, F. & DAVIES, J.B. (1987). Life events and addiction: a critical review. *British Journal of Addiction*, 82, 127-137.
- O'NEIL, S., COHEN, L., TOLPIN, L. & GUNTHER, K. (2004). Affective reactivity to symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 172-194.
- OLINGER, L.J., KUIPER, N.A. & SHAW, B.F. (1987). Dysfunctional Attitudes and Stressful Life Events: An Interactive Model of Depression. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 25-40.
- OLIVA, A. (2004). Estado actual de la teoría del apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 4 (1):65-81.
- OLIVA, A. & PARRA, A. (2001). Autonomía emocional durante la adolescencia. *Infancia y Aprendizaje*, 24 (2): 181-196.
- OGAWA, J.R., SROUFE, L.A., WEINFELD, N.S., CARLSON, E.A., & EGELAND, B. (1997). Development and the fragmented self: longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Development and Psychopathology*, 9:855-879.
- PALMERO, F. (2000). Emoción: breve reseña del papel de la cognición y el estado afectivo. *Revista española de Motivación y Emoción*. Vol. 1, 163-167.
- PARKER, G. (1992). Early environment, en E.S. Paykel (ed): *Handbook of affective disorders*, 2ª ed., Edinburgh: Churchill Livingstone.
- PARKER, G., TUPLIN, H., y BROWN, B. (1979). A Parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1-10.
- PHILIPPI, M.I., y ROSELLÓ, J. (1995). *Ideación suicida en un grupo de jóvenes con depresión*. Ponencia presentada ante el XXv Congreso Interamericano de Psicología, San Juan, Puerto Rico.
- PINE, D., COHEN, E., COHEN, P. y BROOK, K.J. (1999). Síntomas depresivos en la adolescencia como factor predictivo de la depresión en la adultez. ¿Melancolía o trastorno del estado de ánimo? *American Journal of Psychiatry*; 1:61-63 (edición española).
- PUIG-ANTICH, J. (1982). *Depresión en la infancia y la adolescencia*. En Paykel, E.J. (coord.) 1985. *Manual de trastornos afectivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- REYNOLDS, W. M. (1983). *Depression in adolescents: Measurement epidemiology, and, correlates*. Paper presented at the annual meeting of the National Association of School Psychologists, Detroit.
- REYNOLDS, W. M., y MAZZA, J. J. (1990). *Suicidal behavior and depression in adolescents*. Paper presented at the Annual Meeting of the American Psychological Association, Boston, USA.
- RODRIGUÉZ-TESTAL, J.F., CARRASCO, M.A., DEL BARRIO, V., y CATALÁN, Mª.C. (2002). Errores cognitivos en jóvenes y su relación con la sintomatología depresiva. *Anuario de Psicología*, 33, (3), 433-452.
- ROSELLÓ, J. y BERRÍOS, M. (2004). Ideación Suicida, Depresión, Actitudes disfuncionales, Eventos de Vida Estresantes y Autoestima en una Muestra de Adolescentes Puertorriqueños/as. *Revista Interamericana de Psicología*. Vol. 38, nº 2, 295-302.
- ROSENSTEIN, D.S., y HOROWITZ, H.A. (1996). Adolescent attachment and psychopathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 244-253.
- RUTTER, M. (1966). *Children of sick parents: an environment and psychiatric study*. Londres: Oxford University Press.
- SÁNCHEZ-QUEJIA, I. y OLIVA, A. (2003). Vínculos de apego con los padres y relaciones con los iguales durante la adolescencia. *Revista de Psicología Social*, 18 (1), 71-86.
- SANDÍN, B., CHOROT, P., SANTED, M., VALIENTE, R.M. (2002). Estrés y Salud: relación de los sucesos vitales y el estrés diario con la sintomatología somática y la enfermedad. *Ansiedad y Estrés*. Vol.8(1), 73-87.
- SANDÍN, B. (1999). Los sucesos vitales. En B. Sandín (Ed.), *El estrés psicosocial: Conceptos y consecuencias clínicas* (pp. 36-59). Madrid:Klinik.
- SCALES, P.C. (1991). *A portrait of young adolescents in the 1990s: Implications for promoting healthy growth and development*. Minneapolis, MN: Search Institute/Center for Early Adolescence.
- SCHWARTZ, J.A., KASLOW, N.J., SEELEY, J. y LEWINSON, P. (2000). Psychological, cognitive, and

- interpersonal correlates of attributional change in adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 188-198.
- SCOURFIELD, J., RICE, F., THAPAR, A., HAROLD, G., MARTIN, N. y MCGUFFIN, P. (2003). Depressive symptoms in children and adolescents: changing aetiological influences with development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 968-976.
- SERRA, E. y ZACARÉS, J.J. (1999). Adolescentes españoles. En F.P. Rice (Ed.): *Adolescencia. Desarrollo, relaciones y cultura*. Madrid: Prentice-Hall.
- SHAFII, M. y LEE SHAFII, S., (1995). *Depresión en niños y adolescentes: clínica y tratamiento*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- SHAW, D.S., OWENS, E.B., VONDRA, J.I., KEENAN, K., y WINSLOW, E.B. (1996). Early risk factors and pathways in the development of early disruptive behavior problems. *Development and Psychopathology*, 8:679-699.
- SIEGEL, D.J. (2001). Toward an interpersonal neurobiology of the developing mind: Attachment relationships, «mindsight», and neural integration. *Inf Ment Health Journal*; 22: 67-94.
- SIMPSON, J.A., RHOLES, W.S., y PHILLIPS, D. (1996). Conflict in close relations and attachment perspective. *Journal Of Personality and Social Psychology*, 71, 899-914.
- SLADE, A. (1987). Quality of attachment and early symbolic play. *Developmental Psychology*, 17: 326-335.
- SOLOMON, J., GEORGE, C., y DEJONG, A. (1995). Children classified as controlling at age six: evidence disorganized representational strategies and aggression at home and at school. *Development and Psychopathology* 7:447-463.
- SPELTZ, M.L., GREENBERG, M.T. y DEKLYEN, M. (1990). Attachment in preschoolers with disruptive behaviour: a comparison of clinic-referred and non-problem children. *Development and Psychopathology* 2:31-46.
- SROUFE, L.A., CARLSON, E.A., LEVY, A.K., EGELAND, B. (1999). Implications of Attachment Theory for Developmental Psychopathology. *DevelopmentalPsychopathology*. 11(1):1-13.
- STARK, K., HUMPHREY, L., LAURENT, J., LIVINGSTON, R. y CHRISTHOPER, J. (1993). Cognitive behavioural and family factors in the differentiation of depressive and anxiety disorders during childhood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 878-886.
- STEIN, B.A., MARTON, P., GOLOMBEK, H., KOREMBLUM, M. (1994). The relationship between life events during adolescence and affect and personality functioning. *Can. J. Psychiatry*, 39 (6): 354-7.
- TERI, L. (1982). The use of the Beck Depression Inventory with adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 10, 277-284.
- THOMAS, A. y CHESS, S. (1977). *Temperament and development*. New York: Bruner/Mazel.
- TRIANES, M. (2002). *Estrés en la infancia: prevención y tratamiento*. Madrid: Nancea.
- VALDÉS, N. (2002). Consideraciones acerca de los estilos de apego y su repercusión en la práctica clínica. *Revista Terapia Psicológica*, 20, 139-149.
- WAGNER, B.M., COHEN, P. y BROOKS, J.S. (1996). Parent/adolescent relationship. Moderators of the effects of stressful life events. *J. Adolescent Research*, 11(3):347-374.
- WARREN, S.L., HUSTON, L., EGELAND, B. y SROUFE, L.A. (1997). Child and adolescent anxiety disorders and early attachment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 637-744.
- WATERS, E., HAMILTON, C.E., y WEINFELD, N.S. (2000). The stability of attachment security from infancy to adolescence and early adulthood: general introduction. *Child Development*, 71, 678-683.
- WEINFELD, N.S., SROUFE, L.A., EGELAND, B., y CARLSON, A.E. (1999). The nature of individual differences in infant-caregiver attachment. En *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications*, ed. J. Cassidy y P.R. Shaver, pp. 68-88. New York: Guilford.
- WEISS, B., WEISS, J.R., POLITANO, M., CAREY, M., NELSON, W.M. y FINCH, A.J. (1992). Relations among self-reported depressive symptoms in clinic-referred children's versus adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 391-397.
- WELLER, E. B. y WELLER, R. A. (2000). Depression in adolescents, growing pains or true morbidity? *Journal of Affective Disorders*, 61, S9-S13.
- WILDE, J. (1996). *Treating anger, anxiety and depression in children and adolescents*. Washington Accelerated Development.
- WINNICOTT, D. (1995). *La familia y el desarrollo del individuo*. Argentina: Lumen-Home.
- WISE, E.H. y BARNES, D.R. (1986). The Relationship Among Life Events, Dysfunctional Attitudes, and Depression. *Cognitive Therapy and Research*, 10, 257-266.
- ZEANAH, C.H., BORIS, N.W. y SCHEERING, M.S. (1997). Psychopathology in Infancy, *Journal of Child Psychology*, 31, 396-302.