

## Errores cognitivos en jóvenes y su relación con la sintomatología depresiva

Juan Francisco Rodríguez-Testal

*Universidad de Sevilla*

Miguel Ángel Carrasco

M<sup>a</sup> Victoria del Barrio

*Universidad Nacional de Educación a Distancia*

M<sup>a</sup> Carmen Catalán

*Universidad de Sevilla*

*Este trabajo trata de comprobar la relación entre la sintomatología depresiva y las distorsiones cognitivas en 1.288 jóvenes (683 varones y 605 mujeres), de 12 a 17 años en función de diversas variables. Los resultados indican una sólida relación positiva entre las distorsiones cognitivas y la sintomatología depresiva, principalmente con la baja autoestima y los síntomas somáticos. La sintomatología depresiva experimenta un aumento paulatino con los años, similar a lo que sucede con los errores cognitivos, siendo especialmente significativo el momento evolutivo de los 13 años. El incremento de las capacidades cognitivas en los jóvenes se relaciona con la aparición de distorsiones cognitivas, resultando predictivas de los síntomas de depresión. Los sesgos cognitivos más frecuentes son el razonamiento emocional, el absolutismo y el tremendismo. En una fase inicial de la adolescencia destacan el absolutismo y la maximización, mientras que en las edades más altas aparecen dos tipos de inferencias y el razonamiento emocional. Las mujeres presentan más sintomatología depresiva y distorsiones cognitivas, tendiendo a ser más emocionales y dramatizar, mientras los varones se caracterizan por la exigencia. Finalmente, todas las distorsiones estudiadas caracterizan a los sujetos con puntuaciones significativas en depresión y los considerados en riesgo para un trastorno del estado de ánimo.*

*Palabras clave: sintomatología depresiva, errores cognitivos, distorsiones cognitivas, vulnerabilidad, adolescentes, riesgo.*

*This research examines the relation between depressive symptomatology and cognitive distortions, on the basis of a range of variables. The sample comprised 1,288 young people (683 males and 605 females aged*

*between 12 and 17. The results revealed a solid positive relation between depressive symptomatology and cognitive biases, with lower self-esteem and somatic symptoms. The depressive symptomatology rises gradually with age, as do cognitive biases, which are particularly significant at age thirteen. The increase in the cognitive capacities of the young is related to the appearance of cognitive distortions. The cognitive biases predicted depression symptomatology. The most frequent cognitive biases are emotional reasoning, absolutism and catastrophizing. At the beginning of adolescence, absolutism and maximization are prominent, whereas in later years two types of inferences and emotional reasoning appear. Women show more depressive symptomatology and cognitive biases, and tend to be more emotional and to dramatize; however, men are characterized by the presence of «must». Finally, all kinds of distortion characterize the subjects with significant scores in depressions and those considered at the risk of mood disorder.*

*Key words: Depressive symptomatology, cognitive biases, cognitive distortions, vulnerability, adolescents, risk.*

En el procesamiento de la información de los sujetos deprimidos, Beck (1991) señaló que se filtraban las señales negativas y se focalizaba la atención sobre los aspectos negativos o contrarios ante situaciones de pérdida o fracaso. Desde esta referencia precursora diversos estudios han apoyado empíricamente esta hipótesis (Clark y Beck, 1997; Ingram, 1984; Kuiper y Olinger, 1989) y han extendido su aplicación al ámbito infantil y juvenil. Ejemplos de esta ampliación son el análisis de las atribuciones causales y el estilo explicativo pesimista (Nolen-Hoeksema, Seligman y Gergus, 1992; Schwartz, Kaslow, Seeley y Lewinsohn, 2000); la percepción de contingencias y de control (Weisz, Stevens, Curry, Cohen, Craighead *et al.*, 1989); la tríada cognitiva depresiva y los pensamientos automáticos (Stark, Humphrey, Laurent, Livingston y Christopher, 1993); la autocrítica, la dependencia y el lugar de control (Luthar y Blatt, 1993); la estimación de probabilidad de ocurrencia de eventos negativos futuros (Dalglish, Neshat-Doost, Taghavi, Moradi, Yule *et al.*, 1998) o el pensamiento disfuncional en adolescentes (Lewinsohn, Allen, Gotlib y Seeley, 1999).

Uno de los componentes de procesamiento de la información implicados en las alteraciones emocionales señalado por Beck y colaboradores son los sesgos o distorsiones cognitivas. Se trata de proposiciones que suponen errores lógicos y sistemáticos que facilitan el mantenimiento del humor depresivo (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983). Para Beck se trata de un tipo de pensamiento inmaduro semejante al preoperatorio del niño, caracterizado como irreversible y categórico por Piaget. Su origen se sitúa en las primeras etapas del desarrollo, constituyendo un factor predisponente para la depresión, mantenedor de los esquemas depresivos y de la tríada depresiva cuando el trastorno anímico hace aparición (Beck, 1991; Ruiz Caballero, 1991). Desde una perspectiva dimensional se esperan ciertos sesgos cognitivos (Hammen, 1997) pero el estado de ánimo depresivo incrementa su probabilidad de aparición y en un círculo vicioso las distorsiones cognitivas agravan el humor (Clark y Beck, 1997). Pero a las dis-

torsiones cognitivas no se les puede conceder un papel causal. Los pensamientos sesgados no generan las modificaciones neuroquímicas ni al revés, son los mismos procesos desde ópticas diferentes como señaló Beck: son síntomas concomitantes y agravantes de las alteraciones anímicas (1991; 1997; Clark y Beck, 1997; Teasdale, 1983; 1988).

Los principales errores cognitivos son: *inferencia arbitraria* (extraer conclusiones en ausencia o con evidencias contrarias), *abstracción selectiva* (filtrado, focalización sobre elementos aislados y desconsideración de otros), *sobregeneralización* (extraer una regla general y aplicarla indiscriminadamente), maximización y minimización (valoración exagerada de los elementos negativos y positivos, respectivamente), *personalización* (autorreferencias negativas) y el *pensamiento absolutista, dicotómico o polarizado* (percibir los acontecimientos de forma radical y extrema) (Beck *et al.*, 1983). Burns (1990) amplió las distorsiones, añadiendo el *catastrofismo* (tendencia a ser negativo y a extraer siempre la peor conclusión), *razonamiento emocional* (percepción de los acontecimientos según los sentimientos del sujeto), los «*debería*» (autoexigencias o imperativos categóricos) y la *etiquetación* (ponerse etiquetas o «sambenitos»).

En población infanto-juvenil la relación entre las distorsiones cognitivas con la sintomatología depresiva o los trastornos anímicos ha sido ampliamente documentada. Los trabajos de Haley, Fine, Marriage, Moretti y Freeman (1985) y de Leitenberg, Yost y Carroll-Wilson (1986), han sido pioneros en la elaboración de instrumentos específicos para la recogida y valoración de las distorsiones cognitivas. Leitenberg *et al.* (1986) estudiaron los errores cognitivos en relación con problemas de autoestima y sintomatología depresiva y ansiosa. Sobre una población de 637 niños de entre 10 y 14 años (311 varones y 326 niñas) obtuvieron cuatro sesgos cognitivos fundamentales tras el análisis factorial del cuestionario CNCEQ: catastrofismo, sobregeneralización, personalización y abstracción selectiva. Los niños con más síntomas depresivos exhibieron un mayor número de errores en cada tipo de distorsión evaluada. Diferentes estudios han corroborado estos resultados con el mismo instrumento (Cole y Turner, 1993; Epkins, 2000; Kempton, Van-Hasselt, Bukstein y Null, 1994; Mazur, Wolchik y Sandler, 1992; Messer, Kempton, Van-Hasselt y Null, 1994; Terms, Stewart, Skinner, Hughes y Emslie, 1993). El estudio de Haley *et al.* (1985) con 39 niños de más de 8 años de edad afectos de depresión puso de manifiesto que las distorsiones correlacionaban con la manifestación clínica de depresión y permitían diferenciar claramente a los sujetos con alteración anímica.

En cuanto a la especificidad de las distorsiones cognitivas, Mazur *et al.* (1992) hallaron que el catastrofismo, la sobregeneralización y la personalización correlacionaron con síntomas autoinformados de ansiedad, depresión, baja autoestima y problemas de conducta, especialmente entre las féminas. De la generalización se ha verificado su prominencia en trabajos recientes dirigidos a adolescentes sin patología diagnosticada, aunque con sintomatología depresiva (Kempton *et al.*, 1994; Klar, Gabai y Baron, 1997) siempre que participen eventos vitales negativos, quedando fuera al darse eventos positivos o neutros.

Cuando se considera el nivel trastorno, Messer *et al.* (1994), sobre una población de 94 pacientes de 11 a 28 años, 44 con un trastorno anímico, observan

que en éstos se exhibieron más errores del tipo sobregeneralización. Kempton y colaboradores (1994), con 135 adolescentes con diagnósticos clínicos, indican que los afectos de trastornos depresivos manifestaron sesgos cognitivos del tipo catastrofismo y personalización pero, sobre todo, sobregeneralización. Los autores sugieren que la depresión era la responsable del alza en los errores de procesamiento. La comparación entre los sujetos con depresión y aquéllos con varios diagnósticos en los que la depresión era parte integrante, llevó a los autores a deducir que las distorsiones cognitivas se manifiestan si la depresión es el diagnóstico principal y no cuando es secundaria. Epkins (2000) comprueba, tanto en población clínica como no clínica, que los niños con valores significativos en la categoría internalizada exhiben un mayor número de sesgos cognitivos en comparación con los casos con puntuaciones externalizadas.

Aunque la conexión entre las distorsiones cognitivas con la sintomatología depresiva y los trastornos del estado de ánimo parece un hecho consensuado, resulta difícil establecer la naturaleza de dicha vinculación, máxime, si se trata de verificar una relación causal o contribuidora (Segal e Ingram, 1994). Con un diseño mixto (transversal y longitudinal) Terms *et al.* (1993) compararon a un grupo de adolescentes con depresión mayor con dos grupos testigos, uno procedente de población clínica y otro de población general. Los sujetos deprimidos mostraron mayores errores cognitivos pero, con el transcurrir del tiempo, se produjo un descenso paulatino de acuerdo con la remisión de la sintomatología depresiva. Con todo, continuaron presentando mayores distorsiones cognitivas que los no deprimidos.

Para Cole y Turner (1993) los sesgos cognitivos median de forma moderada sobre la sintomatología depresiva y el nivel de competencia del sujeto, y de forma ligera, sobre los eventos positivos y negativos experimentados por el niño. Sus resultados respaldaron un modelo en el que la diátesis cognitiva incrementa la probabilidad de aparición de sintomatología depresiva ante sucesos ambientales específicos. Este sería el caso de los niños ante la separación de sus padres (Mazur, Wolchik, Virdin, Sandler y West, 1999). La presencia de errores cognitivos entre los jóvenes de más edad (12 años) amplifica los efectos adversos de dicho acontecimiento, traduciéndose en un incremento en las manifestaciones depresivas y ansiosas (internalizadas). Cole, Martin, Peeke, Seroczynski y Hoffman (1998) obtienen datos contrarios al modelo de Beck en un estudio longitudinal. Las puntuaciones en depresión predijeron la infravaloración de las auto-competencias y el incremento de distorsiones cognitivas, pero no viceversa. Los resultados no se corroboraron cuando los sujetos alcanzaron la edad de 13 y 14 años. En estas edades, la desvalorización de las competencias predecía el cambio en la sintomatología depresiva, no al contrario.

De estas referencias se desprende que resta por determinar la dirección de la relación entre la sintomatología depresiva infantil y los sesgos cognitivos. Se respalda la opinión de que las variables cognitivas representan un atributo de estado, normalizándose tras la recuperación anímica (Coyne y Gotlib, 1983; Hammen, 1997; Segal e Ingram, 1994), si bien algunos datos sugieren la intervención de la diátesis cognitiva (Vázquez y Ring, 1993). Teasdale (1983, 1988) señala que el protagonismo de los pensamientos disfuncionales es sobre todo como agravante de la sintomatología, en la instauración de una espiral depresiva.

En población española las distorsiones cognitivas en jóvenes y adolescentes han sido menos estudiadas. En un grupo de 58 sujetos, algunos con trastornos depresivos, otros con síntomas depresivos según el inventario de depresión infantil CDI (Kovacs, 1992), Bas (1987a, b) halla una correlación significativa entre la sintomatología depresiva y el número de distorsiones de 0.58 en jóvenes de 11 y 13 años. Carrasco, del Barrio y Rodríguez-Testal (2000) obtienen resultados en la misma línea: las distorsiones cognitivas correlacionaron con la sintomatología depresiva (0.59) y consiguieron predecir el 34% de la varianza en las puntuaciones del CDI. Los autores observaron un aumento puntual de las distorsiones cognitivas que relacionaron con el desarrollo cognitivo. A partir de este último trabajo los autores, en la presente investigación, tratan de analizar las características de las distorsiones cognitivas en la población general, ampliando las edades de 12 hasta los 17 años. Se parte de la consideración de las variables cognitivas como elementos predisponentes de la sintomatología depresiva. El análisis de las distorsiones cognitivas permitiría aportar información en esta población en equivalencia con los adultos acerca de la vulnerabilidad cognitiva a la depresión, precisamente, en el momento evolutivo en el que toma cuerpo o se consolida la estructura mental de una persona. Establecer su papel como predisponentes o como factores de riesgo tiene una evidente significación preventiva y terapéutica (Abramson, Alloy, Hogan, Whitehouse, Donovan *et al.*, 1999).

En el presente trabajo se abarcan los siguientes objetivos: 1) analizar la relación entre la *sintomatología depresiva* y las *distorsiones cognitivas* presentes en las respuestas dadas por los jóvenes de 12 a 17 años de la ciudad de Sevilla; 2) determinar las diferencias en las *distorsiones cognitivas* en función de la edad, sexo, presencia de sintomatología depresiva significativa y de la consideración de riesgo para los trastornos anímicos; y 3) analizar los contenidos o tipos de *distorsiones cognitivas* en función de la edad, sexo, presencia de sintomatología depresiva significativa y riesgo para los trastornos del ánimo. Se espera hallar una relación positiva entre los síntomas depresivos y las distorsiones cognitivas, tanto en número como contenido, dependiendo de la mayor edad, sexo mujer, puntuaciones significativas en sintomatología depresiva, la naturaleza cognitiva de ésta y de la categoría de riesgo para los trastornos del estado de ánimo.

## Método

### *Participantes*

La población quedó constituida por 1.288 sujetos, 683 varones (53%) y 605 mujeres (47%). El promedio de edad fue de 14.03 años (1.5 de desviación típica). Rango de edades distribuido en: 12 años, 231 sujetos (17.9%); 13 años, 301 (23.4%); 14 años, 293 (22.7%); 15 años, 225 sujetos (17.5%); 16 años, 134 (10.4%) y 17 años, 104 sujetos (8.1%). Los jóvenes se seleccionaron de 11 centros escolares distribuidos por tres áreas de la ciudad de Sevilla. 513 sujetos

(39.8%) procedieron de 3 colegios del centro de la ciudad, 388 (30.1%) de la zona media (3 centros) y 387 (30%) de la periferia (5 centros). Los sujetos no difirieron en la variable sexo con respecto a la situación del colegio ( $\chi^2 = 4.49$ ,  $p = 0.105$ ), el centro escolar en concreto ( $\chi^2 = 11.33$ ,  $p = 0.332$ ) o la edad ( $\chi^2 = 3.67$ ,  $p = 0.597$ ).

### Instrumentos

– Inventario CDI de depresión (*Children's Depression Inventory*) (Kovacs, 1992). Creado para sujetos de 6 a 17 años, consta de 27 ítems graduados de 0 a 2 según la intensidad de la sintomatología depresiva. El contenido versa sobre aspectos cognitivos, afectivos, fisiológicos y motivacionales. Se obtienen varias puntuaciones: una global resultante de la adición de los valores correspondientes a cada ítem marcado por el sujeto (de 0 a 54 puntos) y una puntuación para cada factor. Se utilizó la versión de Polaino-Lorente (1988) con el corte establecido en 19 o más puntos, lo que indica sintomatología depresiva significativa. Para la obtención de los factores se aplicó una solución factorial propia, dado que se contaba con una población amplia y se pretendía comprobar si se ajustaba a la llevada a cabo por del Barrio, Moreno y López (1999) en población española. Se hallaron 5 factores (rotación ortogonal varimax) que explicaban un 37.8% de la varianza total: Autoestima (5 ítems, 16.6%), Humor/Disforia (4 ítems, 6.4%), Interpersonal (4 ítems, 5.3%), Síntomas biológicos (4 ítems, 5.0%) e Ineficacia (3 ítems, 4.5%), con un punto de corte en la saturación de 0.45 y autovalor mínimo de 1. El resultado es similar al hallado por del Barrio *et al.* (1999) y Kovacs (1992). La consistencia interna del CDI fue de 0.77 ( $\alpha$  de Cronbach). Los factores del CDI correlacionaron con el global del inventario: 0.73 para la autoestima ( $p < 0.001$ ), 0.64 en el caso del humor/disforia ( $p < 0.001$ ), 0.52 en el interpersonal ( $p < 0.001$ ), 0.66 con los síntomas biológicos ( $p < 0.001$ ) y 0.46 con la ineficacia ( $p < 0.001$ ). La presencia de sintomatología depresiva (CDI  $\geq 19$ ) no es equiparable con un diagnóstico de trastorno del estado de ánimo. En todo caso puede calificarse como grupo subclínico o disfórico como es habitual en la literatura al no formalizarse con criterios diagnósticos.

– *Cuestionario de Distorsiones Cognitivas para Niños*, CDCN-1 (Bas, 1987b; Bas y Andrés, 1994). Esta prueba consta de 11 ítems, cada uno expresa una distorsión cognitiva. El sujeto ha de contestar si tiene habitualmente este pensamiento, por ejemplo, ítem 2: «cuando pierdo en un juego pienso que nunca ganaré» (Bas, 1987 a,b). La corrección se lleva a cabo sumando las respuestas afirmativas. El punto de corte establecido en 7 o más respuestas positivas se basa en el promedio hallado por Bas y Andrés (1994) para un grupo de sujetos con depresión clínica (puntuación significativa en el CDI y criterios DSM-III positivos). Estos autores aplicaron el cuestionario a 58 sujetos (clínicos, subclínicos y de comparación) de 11 a 13 años y obtuvieron una fiabilidad test-retest de 0.72 ( $p < 0.001$ ) tras 15 semanas. En el estudio que se presenta se introdujeron edades con mayor amplitud y se alcanzó una consistencia interna de 0.61 ( $\alpha$  de Cronbach). La fiabilidad de las dos mitades de este cuestionario es deficiente:

$\alpha_1 = 0.37$  y  $\alpha_2 = 0.43$ . Se aplicaron dos posibles soluciones factoriales (rotación ortogonal varimax para dos y tres factores) resultando más parsimoniosa la de dos factores (31.8% de la varianza explicada). Con una saturación de 0.40 o más y autovalor mínimo de 1, en el primer factor participan 8 de los 11 ítems y en el segundo 2, lo que aconseja tomar el CDCN como unifactorial. Dado que una respuesta a un ítem implica una distorsión determinada, debe considerarse sólo como una aproximación a los sesgos cognitivos de un sujeto, siendo más útil tomar el conjunto o total de errores. La presencia de distorsiones por encima del punto de corte no implica un diagnóstico, si bien son esperables en mayor medida en personas que presenten síntomas depresivos (Bas y Andrés, 1994). En la presente investigación se considerarán *sujetos de riesgo* para un trastorno del estado de ánimo los casos que superen el punto de corte del CDI ( $\geq 19$ ) y del CDCN ( $\geq 7$ ) conjuntamente, sin que ello indique diagnóstico clínico alguno. Al no disponer de más información acerca de este instrumento, se mantuvo el punto de corte en 7 puntos con independencia de la edad.

### *Diseño, variables y condiciones de control*

Se empleó un diseño transversal (una única medida) para un método correlacional (multivariado) de comparación de grupos (en función del sexo y la edad). Las variables predictivas fueron el sexo (valor 1 varones y 2 mujeres) y la edad cronológica en años tomada como variable predictiva cualitativa (6 categorías) o de forma cuantitativa. Las variables criterio fueron las puntuaciones de cada una de las pruebas administradas. La medida CDI se utilizó en algunos análisis como variable predictiva, categorizando sus valores como «asintomáticos o con ausencia de sintomatología depresiva» (1) (CDI < de 19 puntos) y «con sintomatología depresiva» (2) (CDI  $\geq 19$  puntos). Se consideró otra variable predictiva con tres niveles: «ausencia de sintomatología depresiva» (1) (CDI < de 19 puntos); «con sintomatología depresiva» (2) (CDI  $\geq 19$ ) y «sujetos de riesgo» (3) (CDI  $\geq 19$  y CDCN  $\geq 7$ ). La consideración de *sujetos de riesgo* se basa en la coincidencia de puntuación significativa en ambas pruebas, lo que puede estimarse de mayor relevancia clínica que si se diera un resultado positivo únicamente en una de ellas, en coherencia con los presupuestos de los modelos cognitivos para la depresión.

Se descartaron los casos en que la cumplimentación de las pruebas no fue correcta o completa, personas que superaron la edad requerida, alumnos de integración (se descartaron para lograr una mayor homogeneidad), participantes de los que se tuviera constancia de que estaban en tratamiento psicológico o psiquiátrico (por el propio sujeto, los padres o el orientador del centro), así como absentismo o negativa a realizar las pruebas, en aras a caracterizar a la población general e identificar sin contaminación la presencia de sintomatología depresiva en el momento de recogida de los datos.

El análisis estadístico se basó en pruebas descriptivas: frecuencias, porcentajes, correlaciones de Pearson a dos colas ( $p < 0.01$ ), además de  $\chi^2$ , U de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis como pruebas de comparación de categorías

( $p < 0.05$ ). Entre las pruebas inferenciales se aplicaron análisis unidireccionales de la varianza ( $p < 0.05$ ) (como contrastes post hoc, el análisis de rangos de Scheffé y la prueba t; para el cálculo de la condición de homocedasticidad se utilizó la F de Levene); análisis factoriales de la varianza  $2 \times 6$  (sexo y edad); regresión múltiple por pasos y el Lambda de Wilks para el análisis multivariado de la varianza (todos con  $p < 0.05$ ). Los análisis se realizaron con el paquete estadístico SPSSWIN versión 9. Para el cálculo de las tendencias en las gráficas se aplicó el de análisis de los mínimos cuadrados.

### *Procedimiento*

Para la determinación de la población y el número de participantes necesarios para cada grupo de edad se partió del censo de la ciudad de Sevilla (IAE, 1995). Se asumió un error predeterminado del 7% y un nivel de confianza del 95%. Se estableció un tamaño muestral de 1.176 personas (607 varones, 51.6% y 569 mujeres, 48.3%). Posteriormente se dividió a la ciudad en tres áreas, tomando como base el punto considerado como centro histórico. La distribución de estas áreas se hizo con forma de anillos circunscritos, cada uno con dos kilómetros de radio. Partiendo de una relación de centros públicos y concertados de Sevilla de la Consejería de Educación de la Junta de Andalucía, se escogieron tres de la zona centro, y ocho para el medio y la periferia (debido a la mayor concentración de unidades escolares), en total 11 colegios e institutos (9 centros públicos y 2 concertados). Se contactó con la dirección de cada centro, se presentó el proyecto de trabajo y una autorización dirigida a los padres.

Debido a que la capacidad de alumnado de los centros y los niveles académicos que abarcaban diferían notablemente, se solicitó la participación de dos aulas correspondientes a cada grupo de edad. Esto dio lugar a una gran cantidad de participantes pero se estimaron diversas fuentes de pérdida de datos. Para evitar la saturación de personas de un mismo lugar se tomó el centro más pequeño en capacidad de alumnado como unidad. Se dividió el resto de los participantes de los centros de manera que se fueron escogiendo al azar las sucesivas unidades hasta completar los 1.176 sujetos de la población. Se superaron en 112 sujetos los estimados en un principio pero, dado que la mortalidad de la muestra fue del 6.46%, el resultado final se consideró bastante bien ajustado a los parámetros poblacionales. Las edades de 16 y 17 años tuvieron menos representantes de lo esperado. Esta particularidad se constató en todas las unidades escolares, por lo que se consideró que reflejaba una característica real de esta población.

La administración de las pruebas fue colectiva y realizada en una ocasión, con duración aproximada de una hora u hora y cuarto. El momento de realización de la evaluación fue diferente según cada centro, ya que se llevó a cabo en función de las posibilidades de cada uno de ellos. Se realizó una presentación ante los alumnos, se separaron los casos que no contaron con el permiso de los padres y se explicó que la finalidad del estudio era conocer cómo piensan los jóvenes sobre una serie de temas. Se devolvieron los resultados en un informe breve a la dirección de cada centro.



## Resultados

### Relación entre las variables de medida

En la Tabla 1 se presentan los análisis de correlación entre las medidas consideradas incluyendo los factores del CDI. Puede observarse una relación positiva y estadísticamente significativa entre la puntuación global en distorsiones cognitivas y la sintomatología depresiva (0.59,  $p < 0.001$ ). Este resultado se complementa con la correlación del total de los sesgos con el factor autoestima del CDI y con el referente al de los síntomas biológicos. También se observan correlaciones positivas entre las distorsiones cognitivas y el factor relativo al humor o disforia, los aspectos interpersonales o sociales y la ineficacia. Todos los guarismos son estadísticamente significativos, si bien ha de tenerse en cuenta que el gran tamaño de la población puede condicionar la relación, más claramente en el caso del CDCN y la ineficacia (0.21,  $p < 0.001$ ), aunque se incluye dentro del valor mínimo establecido por Cohen (1977) dado un nivel de significación  $p < 0.0001$ .

TABLA 1. CORRELACIONES DE PEARSON (A DOS COLAS) ENTRE LAS MEDIDAS DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA (CDI Y FACTORES) Y LAS DISTORSIONES COGNITIVAS (CDCN-1) (N = 1.288)

	CDI	Autoestima	Humor Disforia	Interpersonal	Síntomas biológicos	Ineficacia
CDCN	0.59	0.47	0.36	0.31	0.41	0.21
CDI		0.73	0.64	0.52	0.66	0.46
Autoestima			0.29	0.22	0.33	0.31
Humor / disforia				0.24	0.43	0.15
Interpersonal					0.24	0.10
Síntomas biológicos						0.16

Todos los índices son significativos con  $p < 0.001$ .

La aplicación de la prueba de esfericidad de Bartlett resulta significativa ( $\chi^2 = 1720.641$ , 2 g.l.  $p = 0.0001$ ) lo que sugiere que ambos criterios están relacionados pero son independientes. El análisis multivariado de la varianza verifica que ambas medidas se pueden expresar en una combinación lineal o variante: Lambda de Wilks = 0.186,  $p = 0.0001$ , estadísticamente significativo en el caso de la edad (0.964,  $p = 0.0001$ ) y el sexo (0.987,  $p = 0.0001$ ), pero no en la interacción de las variables predictivas sexo x edad (0.994,  $p = 0.621$ ). Por consiguiente, la varianza total va a depender de la propia variabilidad de los grupos para dicha combinación lineal de medidas. Seguidamente se analizan las variables predictivas sobre las medidas consideradas de forma independiente.

### La variable predictiva edad

Para toda la población los primeros análisis de la varianza indicaron diferencias estadísticamente significativas dependiendo de los niveles de edad en el CDCN ( $F = 2.81$ ,  $p = 0.016$ , con homogeneidad de la varianza  $F$  de Levene = 1,10) y el CDI ( $F = 8.26$ ,  $p = 0.0001$ , con homogeneidad de la varianza  $F$  de Levene = 1,46) (descriptivos en la Tabla 2). En el primer caso, la prueba de Scheffé no reveló diferencias entre las categorías de edad pero, en las puntuaciones del CDI, las diferencias estadísticamente significativas fueron de los 12 años con respecto a los 15, 16 y 17 años, y de los 13 con respecto a los 17 años. El análisis de la  $t$  sugiere que son los jóvenes de 12 años los que se diferencian de forma estadísticamente significativa del resto de las edades por sus menores puntuaciones en sesgos cognitivos (CDCN):  $t_{12-13} = -3.20$ ,  $p = 0.001$ ;  $t_{12-14} = -3.33$ ,  $p = 0.001$ ;  $t_{12-15} = -2.01$ ,  $p = 0.045$ ;  $t_{12-16} = -2.54$ ,  $p = 0.012$  y  $t_{12-17} = -2.63$ ,  $p = 0.009$ . La obtención de la tendencia de los valores medios por el procedi-

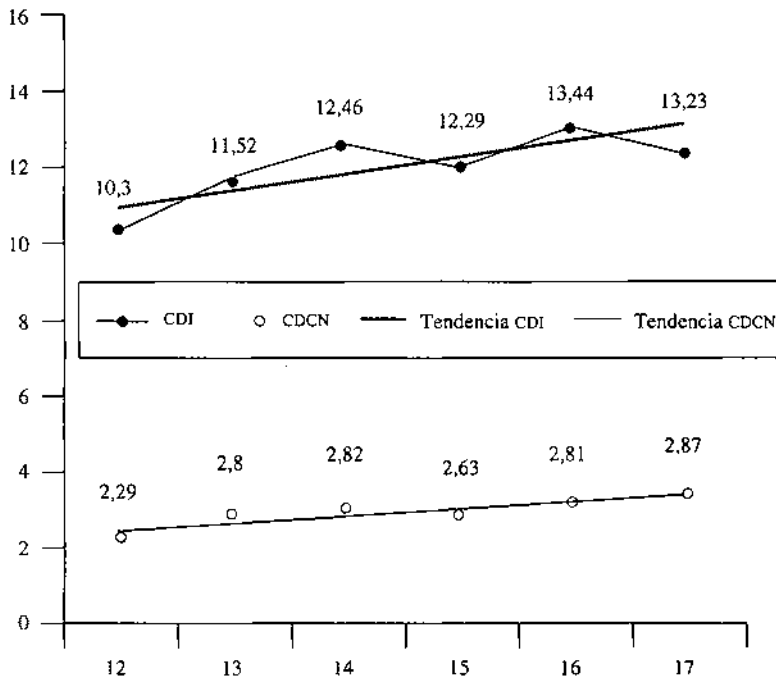
TABLA 2. PROMEDIOS Y DESVIACIONES TÍPICAS (ENTRE PARÉNTESIS)  
DE LAS MEDIDAS DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA (CDI) Y DISTORSIONES COGNITIVAS (CDCN-1)  
PARA TODA LA MUESTRA, EN FUNCIÓN DE LA EDAD Y EL SEXO

General	N = 1.288	12 años $n_{12} = 231$	13 años $n_{13} = 301$	14 años $n_{14} = 293$	15 años $n_{15} = 225$	16 años $n_{16} = 134$	17 años $n_{17} = 104$	varones $n_v = 683$	mujeres $n_m = 605$
CDI	11.99 (5.57)	10.30 (5.27)	11.52 (5.94)	12.46 (5.55)	12.29 (5.63)	13.44 (4.94)	13.23 (4.78)	11.44 (5.25)	12.60 (5.85)
CDCN	2.69 (1.91)	2.29 (1.70)	2.80 (1.94)	2.82 (1.91)	2.63 (1.96)	2.81 (1.99)	2.87 (1.94)	2.58 (1.85)	2.82 (1.97)
Asintomáticos (CDI < 19)	$n_1 = 1.141$	12 años $n_{12} = 218$	13 años $n_{13} = 265$	14 años $n_{14} = 258$	15 años $n_{15} = 199$	16 años $n_{16} = 111$	17 años $n_{17} = 90$	varones $n_v = 625$	mujeres $n_m = 516$
CDI	10.62 (4.06)	9.50 (4.10)	10.02 (4.28)	11.05 (3.98)	10.89 (4.04)	11.75 (3.41)	11.84 (3.38)	10.44 (4.15)	10.83 (3.94)
CDCN	2.39 (1.66)	2.16 (1.60)	2.49 (1.70)	2.53 (1.70)	2.34 (1.68)	2.34 (1.56)	2.52 (1.67)	2.36 (1.67)	2.44 (1.66)
Síntomas (CDI ≥ 19)	$n_2 = 147$	12 años $n_{12} = 13$	13 años $n_{13} = 36$	14 años $n_{14} = 35$	15 años $n_{15} = 26$	16 años $n_{16} = 23$	17 años $n_{17} = 14$	varones $n_v = 58$	mujeres $n_m = 89$
CDI	22.62 (4.04)	23.84 (4.18)	22.61 (4.54)	22.8 (4.47)	22.96 (4.66)	21.28 (2.34)	22.14 (1.99)	22.18 (3.72)	22.91 (4.22)
CDCN	4.95 (2.14)	4.38 (1.98)	5.05 (2.06)	4.85 (2.10)	5 (2.39)	5.08 (2.29)	5.14 (2.14)	4.96 (2.00)	4.94 (2.23)
Riesgo (CDI ≥ 19 y CDCN ≥ 7)	$n_3 = 39$	12 años $n_{12} = 3$	13 años $n_{13} = 10$	14 años $n_{14} = 10$	15 años $n_{15} = 5$	16 años $n_{16} = 7$	17 años $n_{17} = 4$	varones $n_v = 15$	mujeres $n_m = 24$
CDI	24.89 (5.34)	25.66 (2.51)	26.5 (6.32)	25 (5.77)	27.2 (7.59)	21.6 (2.05)	23.5 (2.01)	24.20 (4.55)	25.33 (5.84)
CDCN	7.69 (1.07)	7.33 (0.57)	7.5 (1.08)	7.4 (0.69)	8.4 (1.94)	7.85 (0.89)	8 (1.15)	7.40 (0.73)	7.87 (1.22)

miento de los mínimos cuadrados para este criterio muestra que se trata de una recta ascendente ( $y_{\text{CDCN}} = 1.68 + 0.07x$ ). Es decir, en principio se incrementan las respuestas en las distorsiones y, de 13 años en adelante, no se observan diferencias en el promedio de la puntuación del CDCN para cualquier edad (Gráfica 1).

En el caso de la medida del CDI (descriptivos en la Tabla 2 y Gráfica 1), además de volver a destacar el grupo de 12 años de edad por sus menores promedios ( $t_{12-13} = -2.50$ ,  $p = 0.013$ ;  $t_{12-14} = -4.53$ ,  $p = 0.0001$ ;  $t_{12-15} = -3.88$ ,  $p = 0.0001$ ;  $t_{12-16} = -5.71$ ,  $p = 0.0001$ ;  $t_{12-17} = -5.01$ ,  $p = 0.0001$ ), se verificaron diferencias fundamentalmente centradas en los 13 años con respecto a las otras edades ( $t_{13-14} = -1.98$ ,  $p = 0.049$ ;  $t_{13-15} = -1.50$ ,  $p = 0.133$ , ésta es la única excepción;  $t_{13-16} = -3.51$ ,  $p = 0.001$ ;  $t_{13-17} = -2.93$ ,  $p = 0.004$ ) y, aisladamente, entre los 15 y 16 años ( $t_{15-16} = -2.03$ ,  $p = 0.043$ ). La obtención de la tendencia de los valores medios verifica que se trata de una recta ascendente en el criterio CDI ( $y_{\text{CDI}} = 3.94 + 0.57x$ ).

Complementariamente a lo mencionado se registra una correlación estadísticamente significativa de la medida CDI con la variable edad (0.16,  $p < 0.001$ ), aunque desechable por la limitación de ser un valor reducido y producido por la amplitud de la población. En el caso del CDCN no se produce correlación estadísticamente significativa con la edad (0.06,  $p > 0.05$ ).



Gráfica 1. Promedios en depresión (CDI), distorsiones (CDCN) y tendencias en toda la población (N = 1.288).

### ***Diferencias con respecto al sexo***

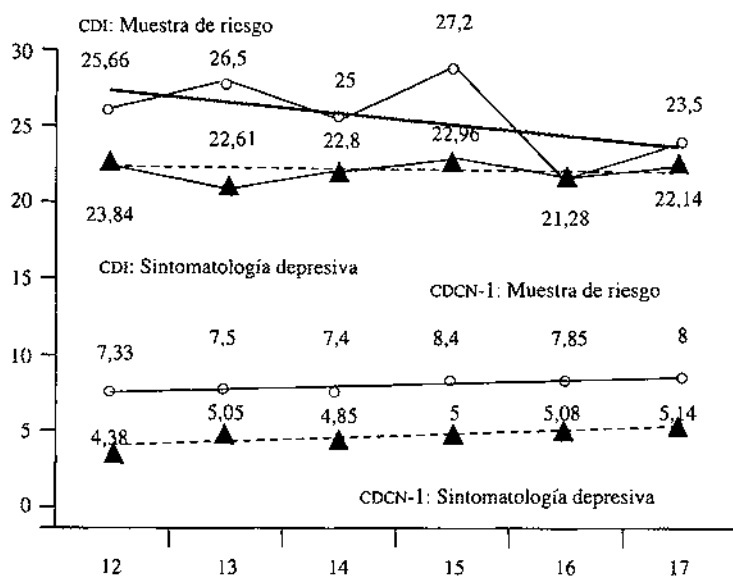
Con toda la población los análisis unidireccionales de la varianza mostraron diferencias estadísticamente significativas en la variable predictiva sexo para la medida CDCN ( $F = 4.78$ ,  $p = 0.029$ , con homogeneidad de la varianza  $F$  de Levene = 0.39) y en el cuestionario CDI de depresión ( $F = 14.07$ ,  $p = 0.0001$ , con homogeneidad de la varianza  $F$  de Levene = 2.35) (descriptivos en la Tabla 2). Son las mujeres las que presentan un promedio mayor de distorsiones cognitivas (2.82 de media, 1.97 de desviación típica, frente a los 2.58 de media y 1.85 de desviación de los varones) y más altas a partir de los 13 años. Lo mismo sucede para la sintomatología depresiva (CDI): las mujeres exhiben una media más elevada (12.6 puntos, 5.85 de desviación frente a los 11.44 puntos y 5.25 de desviación de los varones), principalmente a partir de los 13 años de edad. Como antes se han señalado diferencias significativas con respecto a la edad, el análisis factorial de la varianza  $2 \times 6$  sugirió que ambas variables representaban una influencia tanto sobre la medida de errores cognitivos como sobre la sintomatología depresiva. En el CDCN el efecto principal ( $F = 1.94$ ,  $p = 0.030$ ), los efectos de la variable sexo ( $F = 4.10$ ,  $p = 0.043$ ) y de la edad ( $F = 2.69$ ,  $p = 0.020$ ) fueron estadísticamente significativos, no así la interacción ( $F = 0.59$ ,  $p = 0.705$ ). En el CDI los resultados son similares: efecto principal ( $F = 5.36$ ,  $p = 0.0001$ ), variable sexo ( $F = 15.38$ ,  $p = 0.0001$ ) y edad ( $F = 8.18$ ,  $p = 0.0001$ ) estadísticamente significativos pero no la interacción ( $F = 0.76$ ,  $p = 0.573$ ).

### ***Categorías de sintomatología depresiva y sujetos de riesgo para los trastornos del estado de ánimo***

Al dividir a la población en función de las puntuaciones en las pruebas, se pueden considerar los sujetos que presentan sintomatología depresiva ( $CDI \geq 19$ ;  $n_2 = 147$ ; 11.4% del total), con un promedio de edad de 14.35 años (1.46 de desviación típica), de los que 58 son varones (39.5%) y 89 mujeres (60.5%) (Tabla 2). Quedan sin sintomatología depresiva el 88.6% del total ( $CDI < 19$ ;  $n_1 = 1.141$ ), con un promedio de 13.99 años (1.50 de desviación), 625 varones (54.8%) y 516 mujeres (45.2%). Los sujetos considerados de riesgo ( $CDI \geq 19$  y  $CDCN \geq 7$ ;  $n_3 = 39$ ) alcanzan un promedio de edad de 14.38 años (desviación típica de 1.49), de los que 15 son varones (38.5%) y 24 mujeres (61.5%).

En los sujetos sin sintomatología depresiva ( $CDI < 19$ ) hay un primer alza en el promedio del CDI a los 13 años (10.02, desviación típica de 4.28) con máximos a los 14 (11.05 puntos, desviación de 3.98) y 17 años (11.84 puntos, desviación de 3.38). La recta de la tendencia es semejante a la poblacional ( $y_{n_1 \text{ CDI}} = 4.03 + 0.47x$ ). Las oscilaciones en el CDI coinciden en gran medida con las observadas para el cuestionario CDCN: puntuaciones medias ascendentes a partir de los 13 años (con 2.49 puntos, desviación típica de 1.70), con máximas en los 14 años (2.53, desviación de 1.70) y los 17 años (2.52, desviación de 1.67). El cálculo de la tendencia para el CDCN resulta equiparable al de toda la población ( $y_{n_1 \text{ CDCN}} = 1.92 + 0.03x$ ).

La secuencia de valores medios en el caso de los sujetos con puntuaciones significativas en el cuestionario de depresión ( $CDI \geq 19$ ), no muestra acuerdo en ambos instrumentos como en los casos antes citados (Tabla 2 y Gráfica 2). Mientras el número de sesgos cognitivos tiene un primer pico a los 13 años (5.05 puntos, desviación típica de 2.06) y la tendencia ascendente y continua no se observa hasta los 15 años y consecutivos (5.00, 5.08 y 5.14, respectivamente, desviaciones de 2.39, 2.29, 2.24), con respecto al CDI, el primer salto y media más pronunciada se registra en los 12 años (23.84 puntos, desviación de 4.18), después a los 14 (22.80, desviación de 4.47) y a los 15 años (22.96 puntos, desviación de 4.66). El cálculo de las rectas de tendencias de ambas medidas sugiere trayectorias descendentes ( $y_{r2\text{CDI}} = 18.01 - 0.32x$ ;  $y_{r2\text{CDCN}} = 3.32 - 0.11x$ ), con mayor pendiente para el caso del CDI (Gráfica 2). En el análisis unidireccional de la varianza no se observan diferencias estadísticamente significativas con respecto a la edad ni para el CDI ( $F = 0.609$ ,  $p = 0.693$ ) ni para el CDCN ( $F = 0.249$ ,  $p = 0.940$ ), ambos con homogeneidad de varianza ( $F$  de Levene  $> 0.05$ ). En el caso de la variable predictiva sexo (Tabla 2) se observa que la media en el CDI sólo es ligeramente superior en el caso de las mujeres (22.91 frente a 22.18, 4.22 y 3.72 de desviación respectivamente), mientras que se invierte en el caso del CDCN (4.94 de las mujeres frente a 4.96, 2.23 y 2.00 de desviación respectivamente). El análisis unidireccional de la varianza no halla diferencias estadísticamente significativas para el CDI ( $F = 0.003$ ,  $p = 0.954$ ) ni para el CDCN ( $F = 1.117$ ,  $p = 0.292$ ) ambos con homogeneidad de varianza ( $F$  de Levene  $> 0.05$ ). El análisis factorial de la varianza  $2 \times 6$  sobre el CDI no obtiene resultados estadística-



Gráfica 2. Promedios en depresión (CDI), distorsiones (CDCN) y tendencias en sujetos con sintomatología depresiva ( $CDI \geq 19$ ,  $N_2 = 147$ ) y muestra de riesgo ( $CDI \geq 19$  y  $CDCN \geq 7$ ,  $N_3 = 39$ ).

mente significativos: efecto principal ( $F = 0.67$ ,  $p = 0.759$ ), variable sexo ( $F = 1.15$ ,  $p = 0.285$ ), edad ( $F = 0.53$ ,  $p = 0.750$ ) o interacción ( $F = 0.60$ ,  $p = 0.698$ ).

La distribución de los valores en el caso de los sujetos considerados en posible riesgo ( $CDI \geq 19$  y  $CDCN \geq 7$ ) indica dos alzas en los 13 y 15 años para el CDI (26.50 y 27.20, con 6.32 y 7.59 de desviación, respectivamente) y tres para el CDCN en los 13, 15 y 17 años (7.50, 8.40 y 8.00, con 1.08, 1.94 y 1.15 de desviación, respectivamente) (descriptivos en la Tabla 2 y Gráfica 2). El cálculo de las rectas de tendencias sugiere una trayectoria descendente para el caso del CDI ( $y_{n3\text{CDI}} = 22.82 - 0.14x$ ) y una recta ascendente para el caso del CDCN ( $y_{n3\text{CDCN}} = -31.41 + 2.70x$ ). El análisis unidireccional de la varianza no muestra diferencias estadísticamente significativas de la edad o de sexo con respecto al CDI ( $F = 1.08$ ,  $p = 0.388$ ;  $F = 0.408$ ,  $p = 0.527$ , respectivamente) (ambos con homogeneidad de varianza,  $F$  de Levene  $> 0.05$ ). En el caso del CDCN tampoco se hallaron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la edad (Kruskal-Wallis,  $\chi^2 = 2.86$ ,  $p = 0.721$ ) ni el sexo ( $U = 146.000$ ,  $p = 0.338$ ) (ambos sin homogeneidad de varianza,  $F$  de Levene  $< 0.05$ ). Asumiendo el riesgo de la falta de homogeneidad, el análisis factorial de la varianza  $2 \times 6$  sobre el CDI no muestra ninguna variable estadísticamente significativa ( $F$  principal = 0.740,  $p = 0.681$ ;  $F$  sexo = 0.958,  $p = 0.336$ ;  $F$  edad = 0.835,  $p = 0.536$ ;  $F$  interacción = 0.462,  $p = 0.763$ ).

### ***Análisis de los tipos o contenidos de los errores cognitivos (CDCN-1)***

Se analizan ahora las distorsiones en cuanto a su contenido, es decir, cada uno de los sesgos cognitivos que aparecen en el CDCN. En la primera parte de la Tabla 3 se aprecia el porcentaje de respuestas afirmativas (indicadoras de sesgo) en la población, en los casos con sintomatología significativa ( $CDI \geq 19$ ) y entre los de riesgo ( $CDI \geq 19$  y  $CDCN \geq 7$ ). Al considerar la población, bastante más de la mitad de los sujetos sugirieron la presencia del razonamiento emocional (64%), absolutismo (42.7%) y tremendismo (40.7%). Entre los sujetos con sintomatología significativa sobresale el razonamiento emocional (78.1%), el tremendismo (70.5%) y el absolutismo (57.5%). De los sujetos de riesgo, en primer lugar, el razonamiento emocional (97.4%), después el tremendismo y la maximización (ambos con 92.3%) y finalmente la etiquetación (87.2%). La menos referida fue la sobregeneralización en las tres submuestras consideradas.

La valoración de diferencias entre los niveles de edad para cada una de las categorías de errores cognitivos mostraron resultados estadísticamente significativos en el caso del absolutismo (13 años), las inferencias de adivinación (17 años) y futuro (16 años), la maximización (14 años) y el razonamiento emocional (17 años) para toda la población (Tabla 3). En los porcentajes de respuesta se observa que las principales distorsiones se registran en los 13, 14 y 17 años y, de los productos estadísticamente significativos, dos se refieren a los 17 años. Cuando se seleccionan los sujetos con sintomatología significativa (Tabla 3), los principales porcentajes de respuesta indicadores de distorsiones se dan entre los 13 y 14 años, pero sólo se alcanzan diferencias estadísticamente significativas en

el caso de la inferencia adivinación (para 13 y 17 años). En el caso de los sujetos considerados en riesgo, mientras los principales porcentajes de respuestas señalan a los 13 y 14 años, el único resultado con significación estadística vuelve a indicar la inferencia adivinación para las categorías de 15 y 16 años.

En el caso de la variable sexo (Tabla 3) se observa, por un lado, que destacan las respuestas de distorsiones cognitivas entre las mujeres y, por otro, que las únicas distorsiones con diferencias estadísticamente significativas para el sexo se observan con toda la población. Se hallaron resultados significativos para la abstracción, el tremendismo y el razonamiento emocional (en las mujeres) y los «debería» (en los varones).

TABLA 3. ANÁLISIS DE LAS DISTORSIONES COGNITIVAS DEL CDCN-1 EN FUNCIÓN DEL PORCENTAJE DE RESPUESTAS, EDAD Y SEXO

Número del ítem y distorsión del CDCN-1	Respuestas (sí)			$\chi^2$ (edad), 5 g.l.			$\chi^2$ (sexo), 1g.l.		
	Total	Síntomas	Riesgo	Total	Síntomas	Riesgo	Total	Síntomas	Riesgo
1. Absolutismo	427	575	744	19.40** (13)	1.40 (13,14)	9.03 (13,14)	0.00 (2)	0.17 (2)	1.93 (2)
2. Generalización	53	151	359	1.73 (17)	3.32 (13,15)	1.92 (13 a 16)	0.34 (2)	0.56 (2)	0.90 (2)
3. Abstracción	123	301	564	3.35 (14)	1.35 (13)	3.02 (13,14)	5.57* (2)	0.64 (2)	0.94 (2)
4. Tremendismo	407	705	923	9.93 (16)	3.95 (13)	2.38 (13,14)	4.78* (2)	0.67 (2)	0.03 (2)
5. Inferencia adivinación	195	329	564	16.73** (17)	12.15* (13,17)	14.21* (15,16)	0.01 (1)	2.36 (2)	0.09 (2)
6. Inferencia futuro	68	267	513	11.26* (16)	9.39 (15)	8.52 (14,15)	3.49 (2)	0.00 (2)	1.24 (2)
7. Maximización	203	534	923	12.67* (14)	2.28 (14)	4.49 (14)	0.00 (2)	1.45 (2)	0.03 (2)
8. Razonamiento emocional	640	781	974	25.87** (17)	5.17 (13)	2.97 (14)	16.07** (2)	2.06 (2)	1.64 (2)
9. «Debería»	278	527	769	6.78 (13)	3.79 (13)	2.81 (13)	8.70** (1)	0.99 (2)	0.17 (2)
10. Etiquetación	230	534	872	3.43 (14)	2.85 (14)	4.40 (13,14)	2.77 (2)	0.02 (2)	0.00 (2)
11. Personalización	72	247	487	4.43 (13,14)	5.66 (13)	2.05 (13)	2.32 (2)	0.17 (2)	0.04 (2)

Variables: edad, 6 categorías de 12 a 17 años; sexo, (1) varón, (2) mujer. Entre paréntesis se presenta la categoría que exhibe mayor porcentaje. Total: N = 1.288; Síntomas: CDI  $\geq$  19, n<sub>2</sub> = 147; Riesgo: CDI  $\geq$  19 y CDCN  $\geq$  7, n<sub>3</sub> = 39.

\* Significativo P < 0.05; \*\* Significativo P < 0.01.

En la Tabla 4 se presenta la comparación por medio de  $\chi^2$  entre las categorías relativas a la sintomatología depresiva y de los sujetos considerados de riesgo en relación con cada una de las distorsiones cognitivas y los sujetos asintomáticos. Como puede observarse en todos los casos, tanto si se trata de sintomatología depresiva como de sujetos de riesgo, la presencia de cada uno de los tipos de sesgo cognitivo se relaciona de manera estadísticamente significativa con las categorías depresivas. Destaca, por el porcentaje de respuesta, en la comparación de los sujetos con sintomatología y de los considerados en riesgo, el razonamiento emocional, el tremendismo, la maximización, la etiquetación y el absolutismo.

TABLA 4. ANÁLISIS DE LAS DISTORSIONES COGNITIVAS DEL CDCB-1 EN FUNCIÓN DE LAS CATEGORÍAS DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y DE RIESGO FRENTE LA AUSENCIA DE MANIFESTACIONES DEPRESIVAS

Número del ítem y distorsión del CDCN-1	$\chi^2$ , l g.l.	
	asintomáticos vs. síntomas	síntomas vs. riesgo
1. Absolutismo	14.78** (2, 57.5%)	6.16* (2, 74.4%)
2. Generalización	31.13** (2, 15.1%)	18.04** (2, 35.9%)
3. Abstracción	48.61** (2, 30.1%)	17.44** (2, 56.4%)
4. Tremendismo	61.11** (2, 70.5%)	12.12** (2, 92.3%)
5. Inferenc/adivinación	18.96** (2, 32.9%)	13.35** (2, 56.4%)
6. Inferenc/futuro	102.57** (2, 26.7%)	16.40** (2, 51.3%)
7. Maximización	112.50** (2, 53.4%)	32.33** (2, 92.3%)
8. Razon.emocional	14.18** (2, 78.1%)	11.64** (2, 97.4%)
9. «Debería»	51.17** (2, 52.7%)	12.48** (2, 76.9%)
10. Etiquetación	86.69** (2, 53.4%)	24.36** (2, 87.2%)
11. Personalización	74.82** (2, 24.7%)	16.58** (2, 48.7%)

Categorías. Asintomáticos vs. síntomas: (1) CDI < 19 vs. (2) CDI  $\geq$  19; síntomas vs. riesgo: (1) CDI  $\geq$  19 vs. (2) CDI  $\geq$  19 y CDCN  $\geq$  7. Entre paréntesis se presenta la categoría que exhibe mayor porcentaje de respuestas afirmativas. CDI < 19 ( $n_1 = 1141$ ); CDI  $\geq$  19 ( $n_2 = 147$ ); CDI  $\geq$  19 y CDCN  $\geq$  7 ( $n_3 = 39$ ). En la comparación síntomas vs. riesgo  $n_2 = 107$  y  $n_3 = 39$  porque son excluyentes.

\* Significativo  $P < 0.05$ ; \*\* Significativo  $P < 0.01$ .

Por último, el análisis de regresión múltiple (por pasos), introduciendo únicamente las distorsiones cognitivas para ver la capacidad predictora de cada contenido sobre la medida de depresión en la población, indica que, en el resultado final de la ecuación, se incorporan todas las formas de sesgos, dejando fuera a la inferencia tipo adivinación. Las distorsiones con mayor capacidad predictora fueron la maximización (16.94% de varianza explicada;  $\beta = 7.18$ ;  $p = 0.0001$ ), la etiquetación (6.66%;  $\beta = 6.49$ ;  $p = 0.0001$ ) y los «debería» (3.6%;  $\beta = 6.58$ ;  $p = 0.0001$ ). Cuando se lleva a cabo este análisis en función del sexo se observa que la maximización se sitúa en primer lugar (15.98% y 18.23% de varianza explicada en varones y mujeres, respectivamente). En segundo lugar, los varones ubican la etiquetación (6.97%), y en tercero, los «debería» (3.53%), hasta introducir en la recta 8 distorsiones. La mujeres sitúan en segundo lugar los



«debería» (6.25%) y en tercer lugar el tremendismo (5.19%), incorporando hasta 10 distorsiones en la ecuación. Tanto en varones como en mujeres la distorsión de inferencia tipo adivinación queda excluida de la recta final. Dado que son pocos los casos que llegan a presentar hasta 10 errores cognitivos y, como se indicó en la sección de instrumentos, el análisis factorial exploratorio sugería más bien una solución unidimensional, puede ser más exacto, aunque menos informativo, observar la regresión del global del CDCN sobre la medida CDI: el global de sesgos cognitivos resulta un factor predictor estadísticamente significativo que explica un 35% de la varianza en la medida CDI de depresión.

## Discusión

Los resultados alcanzados revelan que el procesamiento distorsionado de la información en la población púber y adolescente presenta una conexión significativa con la sintomatología depresiva y cierta capacidad predictiva, confirmando la hipótesis general y la información procedente de la literatura (Cole y Turner, 1993; Cole *et al.*, 1998; Epkins, 2000; Haley *et al.*, 1985; Kempton *et al.*, 1994; Klar *et al.*, 1997; Leitenberg *et al.*, 1986; Lewinsohn *et al.*, 1999; Mazur *et al.*, 1992; 1999; Messer *et al.*, 1994; Terms *et al.*, 1993). Tanto la sintomatología depresiva global como sus contenidos específicos, especialmente los relativos a la baja autoestima y los síntomas biológicos, han mostrado una relación significativa con el número de sesgos cognitivos: se confirma pues la conexión positiva esperada. De acuerdo con otros estudios, los contenidos depresivos aparecen de manera prominente durante la adolescencia (Craighead, Craighead, Smucker e Ilardi, 1998; del Barrio *et al.*, 1999; Orvaschel, Beeferman y Kabacoff, 1997), principalmente, en el caso de la relación entre el pensamiento distorsionado con la baja autoestima (elementos cognitivos) (Leitenberg *et al.*, 1986; Schwartz *et al.*, 2000; Terms *et al.*, 1993). En el caso de los síntomas biológicos, se puede entender la relación porque en el análisis factorial del CDI se incorporan los ítems del llanto y de alteraciones en apetito y sueño, y el relativo a los pensamientos e impulsos suicidas. Tal vez la conexión que existe con un tipo de actividad cognitiva muy específica explique la importancia de esta correlación tras la autoestima.

El análisis de los sesgos cognitivos en función de la edad indicó que los mayores promedios se obtuvieron a los 14, 16 y 17 años, siendo los jóvenes de menos edad, 12 años, los que muestran menos errores cognitivos (confirma otra de las predicciones). Contrariamente, Leitenberg *et al.* (1986) señalaron que se observa un mayor número de errores cognitivos entre los sujetos de menos edad (9 a 10 años). En la presente investigación se coincide en mayor medida con Schuster, Ruble y Weinert (1998) ya que la aparición de las distorsiones cognitivas no parece simple. Se demostró la ausencia de correlación significativa con respecto a la edad pero también la intervención como variable predictiva en el análisis de la varianza, observándose la emergencia gradual de sesgos cognitivos a los 13 años y la máxima a los 17. Este salto cuantitativo, casi con una media de

3 distorsiones cognitivas, permite especular acerca de que el incremento de las capacidades cognitivas en el joven confiere una mayor estabilidad a sus cogniciones, por lo que adquiere una capacidad predictiva sobre la sintomatología depresiva. Cuando se estudian los errores cognitivos y la sintomatología depresiva con respecto a la edad, se registra una fuerte correlación de las primeras en los grupos de 13, 15 y 17 años (0.66, 0.61 y 0.59, respectivamente), lo que sugiere que hay momentos puntuales en la aparición de los errores cognitivos acompañados de síntomas depresivos. Estas edades coinciden con los momentos de promoción a etapas superiores en el sistema educativo. Pudiera ser, por tanto, que la sintomatología específica responda a las necesidades, demandas y preocupaciones de cada uno de los momentos que atraviesan los jóvenes a lo largo de su desarrollo. En línea con lo hallado se muestran los resultados de Cole y colaboradores (1998), pues la asociación entre las distorsiones de infravaloración y la sintomatología depresiva resulta más robusta entre los sujetos de más edad. Como asimismo hallaron Nolen-Hoeksema *et al.* (1992) en un estudio longitudinal con niños de 8 años: el estilo cognitivo depresógeno sólo se constituyó en un predictor de la sintomatología depresiva en los jóvenes de mayor edad (10 a 12 años). Cuando los niños son pequeños, el número de eventos negativos es el mejor predictor de los síntomas depresivos. Mazur *et al.* (1999) también señalaron que las distorsiones cognitivas mediaron entre los problemas internalizados de adaptación y los eventos estresantes únicamente entre los adolescentes de mayor edad.

La relevancia de un tipo particular de sintomatología depresiva en los distintos grupos de edad puede ser considerado como un indicador de las propiedades evolutivas de esta manifestación (Weiss, Politano, Nelson, Weisz, Carey y Finch, 1991; Weiss, Weisz, Politano, Carey, Nelson y Finch, 1992). Es destacable, de entre todos los grupos de edad, el de 13 años, por la convergencia de diferentes contenidos depresivos (baja autoestima, dificultades interpersonales, síntomas biológicos y disfóricos) con las distorsiones cognitivas, lo que lleva a la consideración de un momento evolutivo de alto riesgo para el posible desarrollo de un cuadro del estado de ánimo (Carrasco *et al.*, 2000; Cicchetti y Toth, 1998; del Barrio, 1997; Hankin, Abramson, Moffitt, Silva y McGee, 1998; Steinberg, 1993). En el resto de grupos de edad no apareció una confluencia tan nutrida, predominando cierta especificidad sintomática asociada a las distorsiones cognitivas: síntomas hipotalámicos de los 13 a los 15 años; baja autoestima y humor negativo en el grupo de los 16 años y la recuperación de las relaciones sociales, el sentido de eficacia personal y el humor positivo a medida que el joven gana en edad, siendo este último factor el que parece restablecerse más despacio.

Según lo dicho, el periodo de transición hacia la adolescencia (entre los 12 y 13 años) va sujeto a unos cambios puberales, cognitivos y demandas psicosociales a las que el joven habrá de adaptarse, lo que se traduce en un aumento de contenidos depresivos. En el tránsito de la adolescencia a la vida adulta la relevancia de esta sintomatología en asociación con el procesamiento cognitivo distorsionado parece tender hacia una recuperación de las relaciones interpersonales, de la eficacia personal, de la autoestima y del humor positivo. Tal vez tras esta primera fase de cambios tan significativos y relevantes, tocan a su fin las

transformaciones físicas, las relaciones interpersonales se vuelven más consistentes y permanentes (Fierro, 1990, Palacios, 1990) y el mundo académico sobre el que se fundamenta gran parte de la eficacia personal pierde cierta relevancia. La evolución descrita de la sintomatología desde la etapa infantil a la adolescente resulta similar a la alcanzada por del Barrio *et al.* (1999) con motivo de la adaptación española del CDI sobre 1.880 niños. La sintomatología referida a los aspectos sociales apareció como factor entre los niños de 7 a 12 años pero no en los adolescentes de 13 a 17 años. Entre estos últimos perdía relevancia la sintomatología del tipo ineficacia (un potente factor entre los pequeños) al contrario que el humor negativo, predominante entre los mayores. Productos semejantes obtienen Craighead *et al.* (1998) en lo concerniente a las dificultades sociales, baja autoestima y humor negativo (los dos primeros pesaban entre los de menos edad y el tercero en los mayores), sin embargo, entre sus resultados y en los de Weiss *et al.* (1992), aparece de forma destacada la disfunción biológica de los adolescentes dato que no está en consonancia ni con los resultados actuales, ni con los obtenidos por del Barrio *et al.* (1999) en los que no emerge dicho factor.

Además de las diferencias de edad con respecto a las distorsiones y la medida de depresión también se observaron diferencias entre varones y mujeres, sugiriendo que éstas presentaban mayor promedio de distorsiones cognitivas y de sintomatología depresiva. Estas diferencias de sexo y edad se constataron en la aplicación del MANOVA al considerar a las medidas en una sola variante. Diferentes trabajos también coinciden en hallar diferencias de género, sobre todo con grandes grupos de participantes (Frías, Mestre, del Barrio García-Ros, 1992; Hankin *et al.*, 1998; Nolen-Hoeksema y Girgus, 1994; Reinherz, Frost y Pakiz, 1991), apelando tanto a elementos de naturaleza biológica ligados a la adolescencia, aspectos psicosociales como el apoyo social o a la presencia de sucesos estresantes que parecen ejercer un efecto diferencial en varones y mujeres en comparación con otros momentos vitales (Hankin *et al.*, 1998; Lewinsohn, Gotlib y Seeley, 1997; Nolen-Hoeksema y Girgus, 1994). Sin embargo, estas diferencias son escasas, lo que limita su utilidad clínica. Más bien parecen deberse a la amplitud de esta población y, como se apreció cuando se consideraron submuestras, las diferencias entre varones y mujeres se diluyen.

Si bien no es posible considerar las puntuaciones significativas en depresión (cuestionario CDI y CDCN) como identidad de un diagnóstico clínico, el estudio de las distorsiones cognitivas en relación con las manifestaciones depresivas subclínicas generó productos coherentes con aquellos trabajos en los que el procesamiento distorsionado discriminaba a los sujetos clínicamente deprimidos (Dalglish *et al.*, 1998; Kempton *et al.*, 1994; Lewinsohn *et al.*, 1999; Messer *et al.*, 1994; Terms *et al.*, 1993). Esto se desprende de la relación encontrada entre las dos medidas aplicadas, con un promedio significativamente más pronunciado de sesgos cognitivos entre quienes puntuaban por encima del punto de corte en el inventario CDI para cada edad y, sobre todo, en los sujetos considerados de riesgo. Mientras en la población general y la asintomática los guarismos de ambas pruebas van con cierta coincidencia en función de la edad (subidas a los 13 y 16 años), en el caso de los sujetos con puntuaciones significativas en una o en ambas pruebas se distribuyen de manera independiente. Por tanto, en la población asintomática, los

cambios cognitivos acaecidos en estas edades acompañados de las transformaciones emocionales y sociales constituyen una asociación favorecedora de sintomatología anímica y cognitiva, pero de una forma coherente hasta que el sujeto acaba por adaptarse a los cambios y finalizar su estructura personal. Cabe especular con el hecho de que se trata de una situación diferente con los jóvenes que ya presentan sintomatología depresiva significativa y los considerados de riesgo. Las manifestaciones no son ligeras ni se expresan en función de la edad, sino que deviene una expresión sintomática intensa, con un procesamiento sesgado de la información en relación con los eventos vividos que dificulta la adaptación a los cambios y pueden llevar a la formación de una organización depresógena; una situación de riesgo o de vulnerabilidad para el desarrollo de un trastorno del estado de ánimo (Cicchetti y Toth, 1998; Dodge, 1993).

En cuanto al análisis de los contenidos o tipo de distorsiones cognitivas, Schuster *et al.* (1998), con sujetos de 5 a 22 años, comprobaron que con el incremento de edad los sujetos son más pesimistas, por tanto, más proclives a hacer atribuciones y producir sesgos interpretativos, pero también bastante más realistas. Las distorsiones más frecuentemente apuntadas en la presente investigación con independencia de la edad, el sexo o la sintomatología depresiva fueron el *razonamiento emocional*, el *absolutismo* y el *tremendismo*. Los errores que mostraron diferencias por la edad considerando toda la población fueron el *absolutismo* y la *maximización* asociados a la fase inicial de la adolescencia (13 a 14 años) y el *razonamiento emocional*, las *inferencias de adivinación y futuro*, a la fase posterior (16 a 17 años). Por tanto, las diferencias en los tipos de sesgos cognitivos dependiendo de la edad no respaldan la hipótesis de su vinculación con las mayores edades, ya que de las 11 distorsiones sólo tres correspondieron a los sujetos de más edad (16 y 17 años) y dos a edades iniciales (13 y 14 años). Coincidiendo con Leitenberg *et al.* (1986), aunque de edades no exactamente equiparables (9 a 14 años), no aparecieron diferencias por edad en los errores de sobregeneralización y abstracción selectiva. Estos autores encuentran entre los más pequeños un predominio de los sesgos del tipo tremendismo y personalización que no pueden confirmarse en esta investigación. Errores como el razonamiento emocional, absolutismo, los «debería» o inferencia arbitraria no se consideraron en los trabajos citados.

La especificidad de las modalidades de distorsiones cognitivas en relación con el sexo indicó que las mujeres cometen un mayor número de errores cognitivos, en concreto y significativamente del tipo *abstracción selectiva*, *tremendismo* y *razonamiento emocional*, mientras los varones sólo destacan en los *debería* (esto respalda otra de las predicciones). El error más frecuentemente señalado en ambos sexos fue el *razonamiento emocional*, el *absolutismo* en los varones y el *tremendismo* en las mujeres y, por último, los *debería*, tanto en hombres como en mujeres. Esto sugeriría que las mujeres tienden más a dramatizar y ser más emotivas y los varones a la exigencia y a polarizar. Leitenberg *et al.* (1986) no hallaron diferencias en función del sexo en las distorsiones que analizaron, si bien algunas diferencias emergieron cuando tuvieron en cuenta el ámbito o dominio analizado, por ejemplo, académico, deportivo o conductual (Leitenberg *et al.*, 1986; Mazur *et al.*, 1999). Nolen-Hoeksema ha puesto de relieve un patrón cognitivo distorsionado (con un estilo autofocalizado y contem-

plativo) y con un afrontamiento menos activo característico entre las mujeres (Nolen-Hoeksema, Morrow y Fredrickson, 1993).

Los sujetos con sintomatología depresiva y considerados de riesgo se caracterizaron por presentar todas las modalidades de sesgos cognitivos de manera significativa, lo que confirma completamente la predicción esperada y la utilidad de las distorsiones para su aplicación en un proceso de evaluación y valoración clínica. Tanto los sujetos asintomáticos como con puntuaciones significativas en el CDI y los de riesgo, emitieron preferentemente errores cognitivos del tipo *razonamiento emocional* y *tremendismo* pero, mientras los primeros también tendían a ser *absolutistas*, los sujetos con una o ambas categorías depresivas eran proclives a *maximizar lo negativo* y *etiquetar*. El análisis de regresión puso de relieve que la maximización y la etiquetación fueron las principales distorsiones por su capacidad predictiva. La sobre-generalización no destacó entre los sujetos con puntuaciones significativas, como aportan algunos estudios (Kempton *et al.*, 1994; Leitenberg *et al.*, 1986), aunque, como mostraron Klar *et al.* (1997), estas diferencias tal vez se hagan patentes en los deprimidos únicamente cuando procesan eventos negativos futuros. No pudieron hacerse comparaciones con otras distorsiones ante la inexistencia en los trabajos consultados.

En definitiva, consideramos muy útil el análisis de los errores cognitivos pues representa un ingrediente que surge (o se consolida) con la maduración general de cualquier individuo, además de ser una variable contribuyente en los trastornos del estado de ánimo. Este componente del desarrollo cognitivo tiene lugar en un momento particularmente desafiante representado por los cambios de la adolescencia (Arnett, 1999; Hankin *et al.*, 1998), con una mayor posibilidad valorativa-interpretativa en el joven, incluyendo la producción sesgos cognitivos y que se suma a los eventos negativos y a la modificación del estado de ánimo consecuente. En este trabajo se ha asumido una perspectiva dimensional que hace esperable cierto grado de sesgos cognoscitivos pero, de comparecer el estado de ánimo depresivo, incrementan su aparición, al tiempo que las distorsiones cognitivas agravan el humor insertas ya en un círculo vicioso (Teasdale, 1983; 1988). Junto a estos elementos se añade la idea de Beck de que estos procesos cognitivos son comunes también a otros trastornos (sobre todo de ansiedad, los más estudiados junto con la depresión), cambiando únicamente el contenido de los productos (Clark y Beck, 1997).

Finalmente esta investigación tiene las limitaciones propias de un trabajo meramente exploratorio. En primer lugar, se precisa de otros estudios que confirmen las relaciones propuestas y abarquen contenidos equiparables a los aplicados en este trabajo. Como se señaló en la introducción, no abundan en nuestro contexto científico investigaciones relativas a las distorsiones cognitivas, lo que limita la comparación y contrastación de los resultados. En este sentido, el instrumento aplicado para recoger los errores cognitivos, elaborado por Bas (1987b), no ha alcanzado gran difusión y, como se planteó en el apartado de instrumentos, tiene ciertos inconvenientes, por lo que debe considerarse tan sólo como una aproximación a los sesgos cognoscitivos de un sujeto. En la presente investigación se plantea la opción de la unidimensionalidad en esta prueba dado el escaso porcentaje de varianza explicada global y por factores que se ha obte-

nido, pero esto podría deberse también al escaso número de ítems del cuestionario y merece analizarse en próximos trabajos. En segundo lugar, debe reiterarse que los instrumentos aplicados no proporcionan un diagnóstico, ni tan siquiera al utilizarlos de forma conjunta. En todo caso, son una ayuda al mismo, además de que no pueden representar más que una forma de recoger síntomas depresivos (que se ha equiparado a un número significativo de respuestas en los autoinformes). Sería interesante considerar el nivel trastorno con un diagnóstico clínico, de manera que la comparación con población clínica informe de la intensidad de las manifestaciones depresivas, pues como señalan Larsen, Diener y Cropazano (1987), condiciona la aparición de pensamientos distorsionados. En tercer lugar, sería preciso desarrollar un procedimiento más amplio en el que tengan cabida otras variables relevantes (sociales, familiares, biológicas), así como analizar diversos elementos del procesamiento de la información, a ser posible, no limitados a autoinformes. En cuarto y último lugar, ya se ha mencionado el carácter transversal y correlacional de esta investigación, por lo que el diseño utilizado no permite información sobre la causalidad de las variables ni el desarrollo de las medidas en el tiempo, que pudiera dar cuenta de los procesos madurativos y evolutivos implicados. En este sentido, sería más relevante poner a prueba el modelo cognitivo de Beck, en su parte descriptiva o causal (Clark y Beck, 1997), por medio de un diseño longitudinal y prospectivo, y sin que el tamaño de las muestras limiten la generalización de los resultados.

Con todo, la literatura consultada y los resultados obtenidos en la presente investigación apuntan la relevancia de este tipo de procesos cognitivos en relación con los estados emocionales, lo que puede dar paso a nuevas líneas de investigación para constatar su importancia en el diagnóstico, prevención e intervención de las alteraciones emocionales.

## REFERENCIAS

- Abramson, L.Y., Alloy, L.B., Hogan, M.E., Whitehouse, W.G., Donovan, P., Rose, D.T., Panzarella, C. & Raniere, D. (1999). Cognitive Vulnerability to Depression: Theory and Evidence. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 13, 5-20.
- Arnett, J.J. (1999). Adolescent storm and stress, reconsidered. *American Psychologist*, 54, 317-326.
- Bas, F. (1987a). Distorsiones cognitivas en adolescentes deprimidos. II Congreso de Evaluación Psicológica. Madrid. Publicado en el *Giornale Italiano di Scienza e Terapia del Comportamiento*, 22-23, 109-114, 1989.
- Bas, F. (1987b). Cuestionario de distorsiones cognitivas para niños y adolescentes (CDCN-1). Centro de Psicología «Bertrand Russel». Madrid.
- Bas, F. y Andrés, V. (1994). *Terapia cognitivo-conductual de la depresión: un manual de tratamiento*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Beck, A.T. (1991). Cognitive Therapy. A 30-Year Retrospective. *American Psychologist*, 46, 368-375.
- Beck, A.T. (1997). Terapia cognitiva: pasado, presente y futuro. En M.J. Mahoney (Ed.), *Psicoterapias cognitivas y constructivistas. Teoría, investigación y práctica* (pp. 49-61). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión* (3<sup>a</sup> ed.). Bilbao: Desclée de Brouwer. (Publicación original en inglés: 1979).
- Burns, D.D. (1990). *Sentirse bien. Una nueva terapia contra las depresiones*. Barcelona: Paidós.
- Carrasco Ortiz, M.A., del Barrio Gándara, M<sup>o</sup> V. y Rodríguez Testal, J.F. (2000). Sintomatología depresiva en escolares de 12 a 16 años y su relación con las distorsiones cognitivas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 5, 1, 45-70.

- Cicchetti, D. & Toth, S. (1998). The development of depression in children and adolescents. *American Psychologist*, 53, 221-241.
- Clark, D.A. y Beck, A.T. (1997). El estado de la cuestión en la teoría y la terapia cognitiva. En I. Caro (Comp.), *Manual de Psicoterapias Cognitivas* (pp 119-129). Barcelona: Paidós.
- Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York: Academic Press.
- Cole, D., Martin, J., Peeke, L., Seroczynski, A. & Hoffman, K. (1998). Are cognitive errors of underestimation predictive or reflective of depressive symptoms in children?: A longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 481-496.
- Cole, D. & Turner, J. (1993). Models of cognitive mediation and moderation in child depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 271-281.
- Coyne, J.C. & Gotlib, I.H. (1983). The role of cognition in depression: A critical appraisal. *Psychological Bulletin*, 94, 472-505.
- Craighead, W.E., Craighead, L.W., Smucker, M.R. & Ilardi, S.S. (1998). Factor analysis of the children's depression inventory in a community sample. *Psychological Assessment*, 10, 156-165.
- Dalgleish, T., Neshat-Doost, H., Taghavi, R., Moradi, A., Yule, W., Canterbury, R. & Vostanis, P. (1998). Information processing in recovered depressed children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 1031-1035.
- Del Barrio, M.V. (1997). *Depresión infantil*. Barcelona: Ariel.
- Del Barrio, M.V., Moreno, C. y López, R. (1999). El Children's Depression Inventory (CDI; Kovacs, 1992). Su aplicación en población española. *Clinica y Salud*, 10, 393-416.
- Dodge, K. (1993). Social-Cognitive mechanisms in the development of conduct disorder and depression. *Annual Review of Psychology*, 44, 559-584.
- Epkins, C. (2000). Cognitive specificity in internalizing and externalizing problems in community and clinic referred children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 199-208.
- Fierro, A. (1990). Desarrollo de la Personalidad en la Adolescencia. En J. Palacios, A. Marchesi y C. Coll (Eds.), *Desarrollo psicológico y educación* (vol. 1, pp 327-338). Madrid: Alianza.
- Frías, D., Mestre, V., Del Barrio, V. y García-Ros, R. (1992). Estructura familiar y depresión infantil. *Anuario de Psicología*, 52, 121-131.
- Haley, G.M., Finc, S.V., Marriage, K., Moretti, M.M. & Freeman, R.J. (1985). Cognitive bias and depression in psychiatrically disturbed children and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 535-543.
- Hammen, C. (1997). *Depression*. East Sussex: Psychology Press.
- Hankin, B.L., Abramson, L.Y., Moffitt, T.E., Silva, P.A. & McGee, R. (1998). Development of depression from preadolescence to young adulthood: Emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 128-140.
- Instituto Andaluz de Estadística (1995). *Anuario Estadístico de Andalucía*. Autor.
- Ingram, R.E. (1984). Information processing and feedback: Effects of mood information favorability on the cognitive processing of personally relevant information. *Cognitive Therapy and Research*, 8, 371-386.
- Kempton, T., Van-Hasselt, V., Bukstein, O. y Null, J. (1994). Cognitive distortions and psychiatric diagnosis in dually diagnosed adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescents Psychiatry*, 33, 217-222.
- Klar, Y., Gabai, T. & Baron, Y. (1997). Depression and generalizations about the future: Who overgeneralizes what? *Personality and Individual Differences*, 22, 575-584.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory, CDI*. Toronto: Multi-Health Systems, Inc.
- Kuiper, N.A. & Olinger, L.J. (1989). Stress and cognitive vulnerability for depression: A self-worth contingency model. En R.W. Neufeld (Ed.), *Advances in the investigation of psychological stress* (pp. 367-391). New York: John Wiley and Sons.
- Larsen, R.J., Diener, E. & Cropazano, R.S. (1987). Cognitive operations associated with individual differences in affect intensity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 767-774.
- Leitenberg, H., Yost, L. & Carroll-Wilson, M. (1986). Negative cognitive errors in children: Questionnaire development, normative data, and comparisons between children with and without self-reported symptoms of depression, low self-esteem, and evaluation anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 528-536.
- Lewinsohn, P.M., Allen, N.B., Gotlib, I.H. y Seeley, J.R. (1999). First onset versus recurrence of depression: Differential processes of psychosocial risk. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 483-489.
- Lewinsohn, P.M., Gotlib, I.H. & Seeley, J.R. (1997). Depression-related psychosocial variables: Are they specific to depression in adolescent? *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 365-375.
- Luthar, S. & Blatt, S. (1993). Dependent and self-critical depressive experiences among inner city adolescents. *Journal of Personality*, 61, 365-386.

- Mazur, E., Wolchik, S. & Sandler, I.N. (1992). Negative cognitive errors and positive illusions for negative divorce events: Predictors of children's psychological adjustment. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 523-542.
- Mazur, E., Wolchik, S., Virdin, L., Sandler I. & West, S. (1999). Cognitive moderators of children's adjustment to stressful divorce events: The role of negative cognitive errors and positive illusions. *Child Development*, 70, 231-245.
- Messer, S., Kempton, T., Van-Hasselt, V. & Null, J. (1994). Cognitive distortions and adolescents affective disorder validity of the CNCEQ in an inpatient sample. *Behavior Modification*, 18, 339-351.
- Nolen-Hoeksema, S. & Girgus, J. (1994). The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bulletin*, 115, 424-443.
- Nolen-Hoeksema, S., Morrow, J. & Fredrickson, B.L. (1993). Response styles and the duration of episodes of depressed mood. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 20-28.
- Nolen-Hoeksema, S., Seligman, M.E. & Girgus, J. (1992). Predictors and consequences of childhood depressive symptoms: A 5 years longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 405-422.
- Orvaschel, H., Beeferman, D. & Kabacoff, R. (1997). Depression, self-esteem, sex, and age in a child and adolescent clinical sample. *Journal of Clinical Child Psychology*, 26, 285-289.
- Palacios, J. (1990). El desarrollo después de la adolescencia. En J. Palacios, A. Marchesi y C. Coll (Eds.), *Desarrollo Psicológico y Educación* (vol. 1, pp. 347-364). Madrid: Alianza.
- Polaino-Lorente, A. (1988). *Las depresiones infantiles*. Madrid: Morata.
- Reinherz, H.Z., Frost, A.K. & Pakiz, B. (1991). Chancing faces: Correlates of depressive symptoms in late adolescence. *Family and Community Health*, 14, 52-63.
- Ruiz Caballero, J.A. (1991). *Introducción al estudio de la depresión desde la perspectiva del procesamiento de la información: teoría, evidencia empírica e implicaciones Clínicas*. Madrid: UNED.
- Schuster, B., Ruble, D. & Weinert, E. (1998). Causal inferences and the positivity bias in children: The role of the covariation principle. *Child Development*, 69, 1577-1596.
- Schwartz, J.A., Kaslow, N.J., Seeley, J. & Lewinsohn, P. (2000). Psychological, cognitive, and interpersonal correlates of attributional change in adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 188-198.
- Segal, Z.V. & Ingram, R.E. (1994). Mood priming and construct activation in tests of cognitive vulnerability to unipolar depression. *Clinical Psychology Review*, 14, 663-695.
- Stark, K., Humphrey, L., Laurent, J., Livingston, R. & Christopher, J. (1993). Cognitive behavioral and family factors in the differentiation of depressive and anxiety disorders during childhood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 878-886.
- Steinberg, L. (1993). *Adolescence*. New York: McGraw-Hill.
- Teasdale, J.D. (1983). Negative thinking in depression: Cause, effect or reciprocal relationship? *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 5, 3-25.
- Teasdale, J.D. (1988). Cognitive vulnerability to persistent depression. *Cognition and Emotion*, 2, 247-274.
- Terms, C., Stewart, S., Skinner, J.R. Jr, Hughes, C.W. & Emslie, G. (1993). Cognitive distortions in depressed children and adolescent: Are they state dependent or traitlike? *Journal of Clinical Psychology*, 22, 316-326.
- Vázquez, C. & Ring, J.M. (1993). Altered cognitions in depression: Are dysfunctional attitudes stable? *Personality and Individual Differences*, 15, 4, 475-479.
- Weiss, B., Politano, M., Nelson, W., Weisz, J., Carey, M. & Finch, A. (1991). Developmental differences in the factor structure of the children's depression inventory. *Psychological Assessment*, 3, 38-45.
- Weiss, B., Weisz, J.R., Politano, M., Carey, M., Nelson, W.M. & Finch, A.J. (1992). Relations among self-reported depressive symptoms in clinic referred children versus adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 391-397.
- Weisz, J., Stevens, J., Curry, J., Cohen, R., Craighead, E., Burlingame, W., Smith, A., Weiss, B. & Parmelee, D. (1989). Control-related cognitions and depression among inpatients children and adolescents. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 358-363.