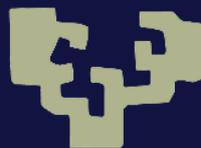


Donostia 2023

Adaptación al  
euskera del  
"Cuestionario  
Educativo Clínico:  
Ansiedad y Depresión"

Relación de la ansiedad y la depresión  
con la autoestima, la empatía, el  
acoso escolar y el apego

eman ta zabal zazu



UPV EHU

USUE ECHEVESTE GARBISU

**ADAPTACIÓN AL EUSKERA DEL CUESTIONARIO  
EDUCATIVO CLÍNICO: ANSIEDAD Y DEPRESIÓN.  
RELACIÓN DE LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN  
CON LA AUTOESTIMA, LA EMPATÍA, EL ACOSO  
ESCOLAR Y EL APEGO**

eman ta zabal zazu



Universidad  
del País Vasco

Euskal Herriko  
Unibertsitatea

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD Y  
METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

AUTORA: **USUE ECHEVESTE GARBISU**

DIRECTORAS: **DRA. ARANTXA GOROSTIAGA MANTEROLA**

**DRA. JONE ALIRI LAZCANO**

**DONOSTIA, 2023**



## **AGRADECIMIENTOS**

Quiero aprovechar las próximas líneas para agradecer a todas las personas que me han acompañado durante este periodo de mi vida.

Lehenik eta behin, nire esker onak eman nahi dizkiet nire zuzendari izan diren Arantxa Gorostiaga eta Jone Aliri doktoreei. Zuen eredu, lan gogorra, errespetua eta laguntza dela eta, miresmena baina ezin dut sentitu. Zuek zuzendari bezala izatea izan da prozesu honetako alde hoberena eta inoiz ez dut aurkituko zuekin ikasitakoa eskertzeko modurik. Mila esker, bihotz bihotzez!

Goretti Soroa doktoreari, Barbara Presa eta Joanes Lameirinhasi, errepi-dean pasatako denboragatik eta datu bilketan laguntzeagatik. Nire esker onak luzatu nahi dizkiot Qualiker ikerketa taldeari, proiektu honetan parte hartzeko aukera emateagatik.

Bestalde, eskerrak eman nahi dizkiet nire gurasoei, nire begiak izateagatik, nire lana eta bizitza errazteagatik, beraien askatasuna galduz. Gracias a mis padres por ser mis ojos, por facilitarme el trabajo y la vida, a costa de su libertad. Mila esker nire anaiari, nigan duen konfidantzagatik. Maite zaituztet.

Joseba Lunari, zu bezalako pertsoneri esker mundua leku hobea delako eta beti zugan konta dezakedalako. Ainhoa Tolentino doktoreari, tesiaren azala marrazteagatik eta eredutzat har zaitzakedalako. Lagun ezin hobek izateaz gain, zuen lan eta bizitza etika eredugarriak direlako, mila esker.

Al doctor Álvaro Iregui, por ser parte de este proceso, por los buenos y los malos momentos, por ser el correo del Zar, el técnico informático, el diseñador, el chófer... Muchas gracias por todo.

A Carmen Morán por ser una gran profesional, por sacar lo mejor de mí y por acompañarme en lo peor. No sería quien soy sin tu ayuda. Merci beaucoup.

Mila esker David, Nerea, Jon, Olaia eta Ariane lan honi buruz asko entzun duzutelako, muxuengatik, besarkadengatik eta zuen alboan beti zoriontsu naizelako.

Ana, Odei, Ekhi, Xuhar, Marina eta Javiri, pasatako momentuengatik, gehiago izango direlakoan, mila esker.

Thanks to my Chat and chocolate sisterhood, I hope that what was once united by bookclub 42 lasts forever. Anna, Ibolya, Daria, Duygu, Parimah, Marcela, Gaby and Carmen Irene. Grazie, Danke, Köszönöm, Спасибо, Teşekkür ederim, متشكرم, Gracias.

Thanks to Maikel, Jeremy and ярина, for the interesting conversations. It is always a pleasure to ramble with you. I really appreciate your friendship despite the distance.

Muchas gracias a Fede, Natxo, Carolina y Mila, por estar en el principio, lo hicisteis todo mucho más fácil.

A todas las personas que me quieren y que no he mencionado, muchas gracias.

Muchas gracias a la Organización Nacional de Ciegos de España, por su ayuda para la realización de este proyecto, para la formación y para la adaptación a las tareas de la vida diaria.

Eta azkenik, mila esker ikerketan parte hartu duten ikastetxe eta ikasle guztiei.

Nota: Debido a la aplicación de la ley lingüística de la economía expresiva, en la presente tesis, se ha optado por emplear el género gramatical masculino (p. ej. el niño, los niños, los adolescentes, etc.) para hacer referencia a todos los géneros, salvo en los casos en los que se quisiera hacer referencia a un género concreto.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

<b>AGRADECIMIENTOS.....</b>	<b>3</b>
<b>INTRODUCCIÓN: JUSTIFICACIÓN Y ESTRUCTURA DE LA TESIS .....</b>	<b>13</b>
<b>CAPÍTULO 1: ADAPTACIÓN AL EUSKERA DEL CUESTIONARIO EDUCATIVO CLÍNICO: ANSIEDAD Y DEPRESIÓN.....</b>	<b>21</b>
1.1 INTRODUCCIÓN .....	21
1.1.1 <i>El constructo de Ansiedad</i> .....	23
1.1.2 <i>El constructo de Depresión</i> .....	28
1.1.3 <i>Comorbilidad, repercusiones y correlaciones de la ansiedad y la depresión</i> .....	32
1.1.4 <i>Instrumentos de evaluación</i> .....	34
1.1.5 <i>Adaptación al euskera del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión</i> .....	44
1.2 OBJETIVOS .....	56
1.3 ESTUDIO 1 .....	57
1.3.1 <i>Objetivo</i> .....	57
1.3.2 <i>Muestra</i> .....	57
1.3.3 <i>Instrumentos</i> .....	57
1.3.4 <i>Procedimiento</i> .....	58
1.3.5 <i>Análisis de datos</i> .....	59
1.3.6 <i>Resultados</i> .....	59
1.3.7 <i>Conclusiones</i> .....	60
1.4 ESTUDIO 2 .....	61
1.4.1 <i>Objetivo</i> .....	61
1.4.2 <i>Muestra</i> .....	61
1.4.3 <i>Instrumentos</i> .....	61
1.4.4 <i>Procedimiento</i> .....	62
1.4.5 <i>Análisis de datos</i> .....	62
1.4.6 <i>Resultados</i> .....	62
1.4.7 <i>Conclusiones</i> .....	63
1.5 ESTUDIO 3 .....	64
1.5.1 <i>Objetivo</i> .....	64

1.5.2 Muestra.....	64
1.5.3 Instrumentos.....	66
1.5.4 Procedimiento.....	69
1.5.5 Análisis de datos.....	70
1.5.6 Resultados.....	72
1.5.7 Conclusiones.....	86
<b>CAPÍTULO 2: RELACIÓN DE LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN CON LA AUTOESTIMA, LA EMPATÍA Y EL ACOSO ESCOLAR EN NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 10 A 16 AÑOS .....</b>	<b>91</b>
2.1 INTRODUCCIÓN.....	91
2.1.1. Ansiedad en niños y adolescentes.....	91
2.1.2 Depresión en niños y adolescentes.....	98
2.1.3 Relaciones de la autoestima con la ansiedad y la depresión.....	105
2.1.4 Relaciones de la empatía con la ansiedad y la depresión.....	109
2.1.5. Relaciones del acoso escolar con la ansiedad y la depresión.....	115
2.2 OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	117
2.3 METODOLOGÍA.....	119
2.3.1 Muestra.....	119
2.3.2 Instrumentos.....	119
2.3.3 Procedimiento.....	123
2.3.4 Análisis de datos.....	124
2.4 RESULTADOS.....	125
2.4.1 Exploración inicial de las variables.....	125
2.4.2 Relaciones entre Ansiedad y Depresión y diferencias en función del sexo en niños y adolescentes de 10 a 16 años.....	129
2.4.3 Relación de la Ansiedad y la Depresión con la Autoestima.....	131
2.4.4 Relación de la Ansiedad y la Depresión con la Empatía.....	132
2.4.5 Relación de la Ansiedad y la Depresión con el Acoso escolar.....	135
2.4.6 Modelos predictivos.....	137
2.5 CONCLUSIONES.....	140
<b>CAPÍTULO 3: RELACIÓN DE LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN CON EL APEGO EN JÓVENES DE 16 A 18 AÑOS .....</b>	<b>145</b>
3.1 INTRODUCCIÓN.....	145
3.1.1. La teoría del apego.....	145
3.1.2 Relación del apego con la ansiedad y la depresión.....	151

---

3.2 OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	153
3.3 METODOLOGÍA.....	154
3.3.1 Muestra.....	154
3.3.2 Instrumentos.....	155
3.3.3 Procedimiento.....	157
3.3.4 Análisis de datos.....	157
3.4 RESULTADOS.....	158
3.4.1 Exploración inicial de la distribución de los datos.....	158
3.4.2 Relaciones entre Ansiedad y Depresión y diferencias en función del sexo en jóvenes de 16 a 18 años.....	161
3.4.3 Relación de la Ansiedad y la Depresión con el Apego.....	163
3.4.4 Modelos predictivos.....	165
3.5 CONCLUSIONES.....	168
<b>CONCLUSIONES GENERALES.....</b>	<b>173</b>
4.1 INTRODUCCIÓN.....	173
4.2 CONCLUSIONES SOBRE LA ADAPTACIÓN AL EUSKERA DEL CUESTIONARIO EDUCATIVO CLÍNICO: ANSIEDAD Y DEPRESIÓN (CECAD).....	173
4.2.1 Conclusiones sobre el estudio 1.....	173
4.2.2 Conclusiones sobre el estudio 2.....	174
4.2.3 Conclusiones sobre el estudio 3.....	175
4.3 CONCLUSIONES SOBRE LA RELACIÓN DE LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN CON LA AUTOESTIMA, LA EMPATÍA Y EL ACOSO ESCOLAR EN NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 10 A 16 AÑOS.....	177
4.3.1 Conclusiones sobre la exploración inicial de las variables.....	177
4.3.2 Conclusiones sobre las relaciones entre Ansiedad y Depresión y diferencias en función del sexo en niños y adolescentes de 10 a 16 años.....	178
4.3.3 Conclusiones sobre la relación de la Ansiedad y la Depresión con la Autoestima.....	179
4.3.4 Conclusiones sobre la relación de la Ansiedad y la Depresión con la Empatía.....	180
4.3.5 Conclusiones sobre la relación de la Ansiedad y la Depresión con el Acoso escolar..	183
4.3.6 Conclusiones sobre los modelos predictivos.....	185
4.4 CONCLUSIONES SOBRE LA RELACIÓN DE LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN CON EL APEGO.....	186
4.4.1 Conclusiones sobre la exploración inicial de las variables.....	187
4.4.2 Conclusiones sobre las relaciones entre Ansiedad y Depresión y diferencias en función del sexo en jóvenes de 16 a 18 años.....	188
4.4.3 Conclusiones sobre la relación de la Ansiedad y la Depresión con el Apego.....	189

4.4.4 Modelos predictivos .....	191
4.5 LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN .....	192
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>199</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>235</b>
ANEXO 1. CECAD: ELKARRIZKETA KOGNITIBOAREN GIDOIA.....	235
ANEXO 2. CECAD: GUIÓN DE LA ENTREVISTA COGNITIVA (TRADUCIDO AL CASTELLANO) .....	239

## ÍNDICE DE TABLAS DEL CAPÍTULO 1

<b>TABLA 1. 1</b> CLASIFICACIÓN Y CODIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD SEGÚN EL DSM-V-TR .....	25
<b>TABLA 1. 2</b> CLASIFICACIÓN Y CODIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE DEPRESIÓN SEGÚN EL DSM-V-TR .....	29
<b>TABLA 1.3</b> DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA NORMATIVA POR NIVEL EDUCATIVO.....	65
<b>TABLA 1. 4</b> DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA CLÍNICA POR NIVEL EDUCATIVO. ....	66
<b>TABLA 1. 5</b> ANÁLISIS DE LOS ÍTEMS DE LAS ESCALAS DEL CECAD: ANSIEDAD (A) Y DEPRESIÓN (D) .....	73
<b>TABLA 1. 6</b> ESTADÍSTICOS TOTAL-ELEMENTO .....	75
<b>TABLA 1. 7</b> CONSISTENCIA INTERNA DEL CECAD .....	76
<b>TABLA 1. 8</b> CORRELACIÓN TEST-RETEST.....	77
<b>TABLA 1. 9</b> CORRELACIONES ENTRE LOS FACTORES Y LOS ASPECTOS CLÍNICOS .....	78
<b>TABLA 1. 10</b> ÍNDICES DE AJUSTE DEL MODELO DE UN FACTOR PARA EL TOTAL Y POR GRUPOS DE EDAD.....	79
<b>TABLA 1. 11</b> ÍNDICES DE AJUSTE DEL MODELO DE DOS FACTORES PARA EL TOTAL Y POR GRUPOS DE EDAD .....	79
<b>TABLA 1. 12</b> ÍNDICES DE AJUSTE DE LA ESCALA DE INUTILIDAD .....	80
<b>TABLA 1. 13</b> ÍNDICES DE AJUSTE DE LA ESCALA DE IRRITABILIDAD .....	80
<b>TABLA 1. 14</b> ÍNDICES DE AJUSTE DE LA ESCALA DE PROBLEMAS DE PENSAMIENTO POR GRUPOS DE EDAD.....	81
<b>TABLA 1. 15</b> ÍNDICES DE AJUSTE DE LA ESCALA DE SÍNTOMAS PSICOFISIOLÓGICOS POR GRUPOS DE EDAD .....	81
<b>TABLA 1. 16</b> VALIDEZ CONVERGENTE DE LOS FACTORES Y DE LOS ASPECTOS CLÍNICOS DEL CECAD .....	82
<b>TABLA 1. 17</b> DIFERENCIAS EN LA RELACIÓN CON OTRAS VARIABLES ENTRE LOS GRUPOS DE EDAD.....	83
<b>TABLA 1. 18</b> DIFERENCIAS POR SEXO EN CADA GRUPO DE EDAD .....	84
<b>TABLA 1. 19</b> DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DEL ACOSO ESCOLAR.....	85
<b>TABLA 1. 20</b> DIFERENCIAS ENTRE MUESTRA CLÍNICA Y NORMATIVA .....	86

## ÍNDICE DE FIGURAS DEL CAPÍTULO 1

<b>FIGURA 1. 1</b> CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE CRISIS DE ANGUSTIA (APA, 1995, PÁGINAS 403-404). ....	49
<b>FIGURA 1.2</b> CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE AGORAFOBIA (APA, 1995, PÁGINAS 404-405). ....	50
<b>FIGURA 1. 3</b> CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA EL EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (APA, 1995, PÁGINA 333). ....	51
<b>FIGURA 1.4</b> DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA NORMATIVA POR SEXO.....	65
<b>FIGURA 1.5</b> DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA CLÍNICA POR SEXO .....	66

## ÍNDICE DE TABLAS DEL CAPÍTULO 2

<b>TABLA 2. 1</b> PORCENTAJE PERSONAS CON VALORES ATÍPICOS LEVES Y EXTREMOS POR ESCALA.....	127
<b>TABLA 2. 2</b> VALORES DE SIMETRÍA, CURTOSIS Y RESULTADOS DE LA PRUEBA DE NORMALIDAD POR ESCALA. ....	128
<b>TABLA 2. 3</b> ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LA ANSIEDAD, LA DEPRESIÓN Y LOS ASPECTOS CLÍNICOS. ....	129
<b>TABLA 2.4.</b> RELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y LOS ASPECTOS CLÍNICOS EN EL GRUPO DE CHICAS (POR ENCIMA DE LA DIAGONAL) Y EN EL DE LOS CHICOS (POR DEBAJO DE LA DIAGONAL).....	130
<b>TABLA 2. 5</b> RELACIÓN DE LA ANSIEDAD, LA DEPRESIÓN Y LOS ASPECTOS CLÍNICOS CON LA AUTOESTIMA EN EL GRUPO DE CHICAS Y EN EL DE CHICOS .....	131
<b>TABLA 2. 6</b> RELACIÓN DE LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN CON LA EMPATÍA EN EL GRUPO DE LAS CHICAS .....	132
<b>TABLA 2. 7</b> RELACIÓN DE LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN CON LA EMPATÍA EN EL GRUPO DE LOS CHICOS.....	134
<b>TABLA 2. 8</b> ESTADÍSTICOS DE FRECUENCIA DEL ÍNDICE GENERAL DE VICTIMIZACIÓN .....	135
<b>TABLA 2. 9</b> RELACIÓN DE LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN CON EL ACOSO ESCOLAR EN EL GRUPO DE LAS CHICAS Y EN EL DE LOS CHICOS .....	136
<b>TABLA 2. 10</b> MODELOS PREDICTIVOS DE LA ANSIEDAD.....	138
<b>TABLA 2. 11</b> MODELOS PREDICTIVOS DE LA DEPRESIÓN .....	139

## ÍNDICE DE FIGURAS DEL CAPÍTULO 2

<b>FIGURA 2. 1</b> DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA NORMATIVA POR SEXO .....	119
--	-----

## ÍNDICE DE TABLAS DEL CAPÍTULO 3

<b>TABLA 3. 1</b> PORCENTAJE DE PERSONAS CON VALORES ATÍPICOS LEVES Y EXTREMOS POR ESCALA. ....	159
<b>TABLA 3. 2</b> VALORES DE SIMETRÍA, CURTOSIS Y RESULTADOS DE LA PRUEBA DE NORMALIDAD POR ESCALA. ....	160
<b>TABLA 3. 3</b> DIFERENCIAS EN FUNCIÓN DEL SEXO PARA LAS VARIABLES EVALUADAS POR EL CECAD. ....	161
<b>TABLA 3. 4</b> RELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y LOS ASPECTOS CLÍNICOS EN EL GRUPO DE CHICAS (POR ENCIMA DE LA DIAGONAL) Y EN EL DE LOS CHICOS (POR DEBAJO DE LA DIAGONAL).....	162
<b>TABLA 3. 5</b> RELACIÓN DE LA ANSIEDAD, LA DEPRESIÓN Y LOS ASPECTOS CLÍNICOS CON EL APEGO EN EL GRUPO DE CHICAS. ....	163
<b>TABLA 3. 6</b> RELACIÓN DE LA ANSIEDAD, LA DEPRESIÓN Y LOS ASPECTOS CLÍNICOS CON EL APEGO EN EL GRUPO DE CHICOS. ....	164
<b>TABLA 3. 7.</b> MODELOS PREDICTIVOS DE LA ANSIEDAD.....	165
<b>TABLA 3. 8</b> MODELOS PREDICTIVOS DE LA ANSIEDAD.....	167

## ÍNDICE DE FIGURAS DEL CAPÍTULO 3

<b>FIGURA 3. 1</b> DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA NORMATIVA POR SEXO .....	154
--	-----



**INTRODUCCIÓN: JUSTIFICACIÓN Y  
ESTRUCTURA DE LA TESIS**



## **INTRODUCCIÓN: JUSTIFICACIÓN Y ESTRUCTURA DE LA TESIS**

La ansiedad y la depresión son trastornos, que a pesar de tener criterios diagnósticos y sintomatología diferenciados, suelen darse a menudo de forma comórbida (Chavira et al., 2004; Cummings et al., 2014; Essau, 2008; Garber y Weersing, 2010). Es decir, se trata de dos trastornos distintos que, a menudo, ocurren simultáneamente en una persona.

Se trata de dos trastornos que tienen un impacto negativo, tanto en las personas que los padecen, como en su entorno llegando a ocasionar pérdida de la pareja, del hogar o de las amistades y provocando la disminución del rendimiento escolar, entre otras consecuencias, y llegando, en determinados casos, a existir riesgo de suicidio (Bernarás et al., 2013; Bress et al., 2015; Clark y Beck, 2012; Echeburúa y De Corral, 2009; Rapee y Barlow, 1991). Por todo ello, resulta muy relevante analizar las relaciones de la ansiedad y la depresión con otras variables personales y del entorno.

El impacto de estos trastornos, sin embargo, no se produce únicamente a nivel personal y del entorno cercano. Las consecuencias se extienden a nivel social y económico, provocando un aumento de las visitas a los servicios de atención primaria, de atención especializada, servicios de urgencias, hospitalizaciones, etc., con los consiguientes gastos directos derivados de esta utilización de los servicios de salud. Asimismo, son habituales las bajas laborales, la disminución de la productividad, el absentismo laboral, el presentismo laboral, mayores déficits en el desempeño laboral o la disminución de la jornada laboral (Adler et al., 2006; Albarracín et al., 2008; Broadhead et al., 1990; Monroe et al., 2009; Ormel et al., 1993; Rost et al., 2004; Schoenbaum et al., 2001; Simon et al., 2000; Tefft, 2012; Uribe et al., 2017; Valladares et al., 2009; Woo et al., 2011), por lo que los efectos económicos de estos trastornos son muy elevados.

En el caso de los menores, la ansiedad y la depresión no se diagnosticaban en las primeras descripciones de los mismos en los manuales. Sin embargo, años después se añadieron criterios diagnósticos específicos para niños y adolescentes. Debido al momento evolutivo de los menores, suele presentarse una sintomatología diferente a la de los adultos (Echeburúa y de Corral, 2009; Shaffer y Waslick, 2003). Dada la inclusión tardía de la ansiedad y la depresión en los manuales diagnósticos y su menor prevalencia en este grupo de edad, existe un menor número de estudios respecto a estos trastornos y sus relaciones con otras variables relevantes. Sin embargo, teniendo en cuenta las graves repercusiones que pueden tener en niños, adolescentes y jóvenes, resulta fundamental disponer de instrumentos de evaluación que permitan hacer una detección temprana de los mismos, y avanzar en un mayor conocimiento de los mismos, ya que se trata de trastornos que responden al tratamiento psicológico (Echeburúa et al., 2000).

En este sentido, entre las variables cuyas relaciones con la ansiedad y la depresión conviene analizar y profundizar en la población de niños, adolescentes y jóvenes se encuentran la autoestima, la empatía, el acoso escolar y el apego, entre otras. Así, la autoestima es una variable que incluye la valoración que el menor hace de sí mismo; la empatía es una variable que resulta facilitadora de las relaciones sociales; el acoso escolar, por su parte, constituye un constructo de especial relevancia por incluir las relaciones interpersonales y por suceder en un contexto, el escolar, en el que los miembros de esta población pasan la mayor parte del tiempo. En el caso de los jóvenes adultos, el apego constituye una variable de interés, por tratarse de un constructo que refleja el esquema mental que las personas poseen sobre sí mismas y sobre los demás, siendo una aproximación más compleja a las interacciones y expectativas sociales. Por ello, consideramos que las variables señaladas podrían estar relacionadas con el ajuste y bienestar de las personas y, por lo tanto, con las variables núcleo de esta tesis, la ansiedad y la depresión.

A partir de lo expuesto hasta ahora, el presente trabajo, plantea tres objetivos principales, en torno a los cuales se estructuran los tres capítulos que presentamos a continuación.

En el *capítulo 1* se presentan los estudios llevados a cabo para responder al primer objetivo, a saber, la adaptación al euskera del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD). Cada uno de los tres estudios realizados responde a objetivos específicos diferentes. En el estudio 1, se planteó el objetivo de obtener una versión traducida al euskera de los ítems del CECAD y de evaluar la adecuación de dicha traducción. El estudio 2, tenía como objetivo obtener información preliminar acerca el funcionamiento de los ítems traducidos. Finalmente, en el estudio 3 se pretendían examinar las propiedades psicométricas del instrumento adaptado, establecer los baremos normativos y redactar el manual de aplicación del mismo. Para contextualizar todos estos estudios, en la introducción de este capítulo se realiza una descripción de los constructos de ansiedad y depresión, tal y como se recogen en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales; se hace una revisión de los instrumentos existentes, tanto en euskera como en castellano, para la evaluación de la ansiedad y la depresión, así como sus características principales. Tras la revisión de instrumentos, se justifica brevemente la necesidad de adaptar al euskera el (CECAD) y se realiza una descripción en profundidad de dicho cuestionario. Asimismo, dado que este capítulo se centra en la adaptación de un instrumento, hemos considerado pertinente revisar los criterios a tener en cuenta a lo largo del proceso de adaptación lingüístico-cultural de cuestionarios. En cada uno de los estudios, y atendiendo a los objetivos planteados en cada uno, se ha trabajado con distintos tamaños muestrales: 16 participantes en el estudio 1, 108 participantes en el estudio 2 y, en el caso del estudio 3, se ha alcanzado una muestra de 1328 estudiantes de Educación Primaria, Educación Secundaria Obligatoria, Bachillerato y Universidad. La consecución de los objetivos planteados en el capítulo 1, que culminan con la obtención de una versión adaptada al euskera del CECAD, ha

permitido la realización de los dos estudios centrados en el análisis de las relaciones entre la ansiedad y la depresión con variables relevantes en la población de niños, adolescentes y jóvenes.

Así, en el capítulo 2 se presenta un estudio llevado a cabo con el objetivo de analizar las relaciones de la ansiedad y la depresión con la autoestima, la empatía y el acoso escolar en niños y adolescentes de entre 10 y 16 años. En la introducción del capítulo se realiza una breve descripción de los conceptos y variables de interés, incluyendo un breve resumen respecto a los trastornos de ansiedad y depresión en ese periodo evolutivo. Además, se definen los constructos de autoestima, empatía y acoso escolar, y se presenta una síntesis de los resultados más relevantes encontrados en la literatura científica respecto a la relación de tales constructos con la ansiedad y la depresión. En el estudio descrito en el capítulo 2 se ha contado con una muestra de 597 estudiantes de Educación Primaria y Educación Secundaria Obligatoria.

Finalmente, en el capítulo 3 se presenta un estudio cuyo objetivo es analizar las relaciones de la ansiedad y la depresión con el apego en jóvenes de entre 16 y 18 años. En la introducción de este tercer capítulo se incluye una breve descripción de la teoría del apego, así como una revisión de estudios relevantes acerca de la relación de la ansiedad y la depresión con el apego. En este estudio se ha trabajado con una muestra de 284 estudiantes de Bachillerato.

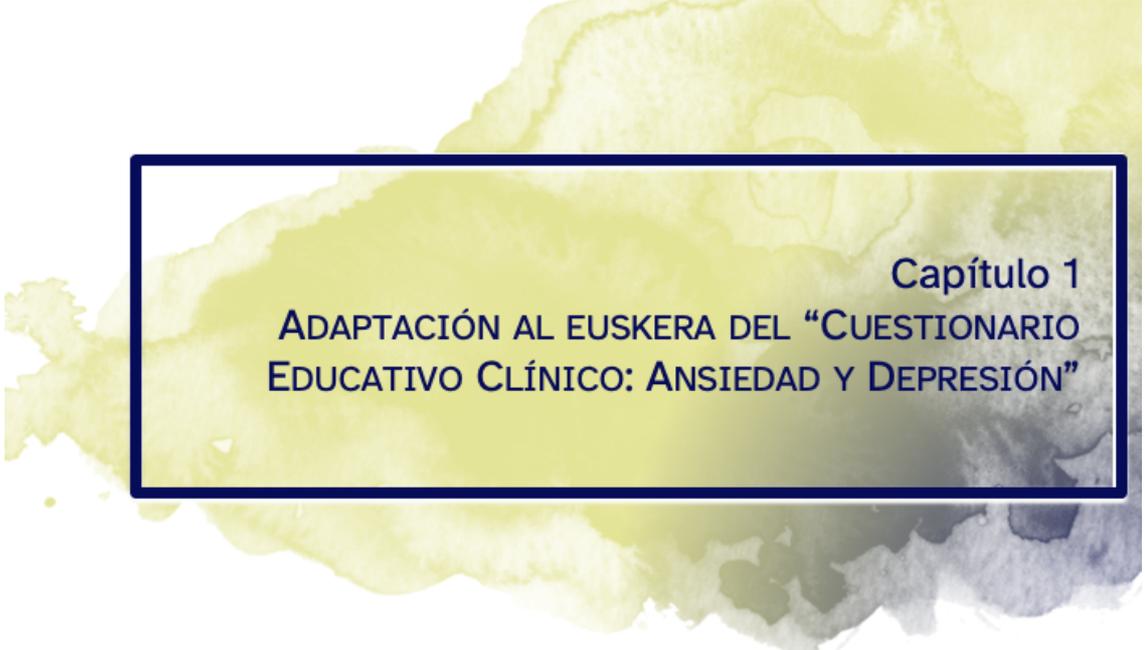
Cabe señalar que cada uno de los tres capítulos que acabamos de presentar tiene sus propios apartados de Introducción, Objetivos e Hipótesis, Metodología, Resultados y Conclusiones. Las conclusiones generales referidas a todos los estudios realizados se han incluido en el apartado de Conclusiones generales. Finalmente, con respecto a las referencias bibliográficas, se ha optado por incluir las correspondientes a todos los capítulos en un apartado final.

Consideramos que con la realización de los estudios que se presentan en la tesis, se realiza una aportación relevante en el ámbito educativo y clínico, así

como en el ámbito de la investigación. En primer lugar, se proporciona un instrumento que permite la evaluación en euskera de la Ansiedad y la Depresión a partir de los 7 años con garantías de fiabilidad y validez. Teniendo en cuenta tanto la escasa disponibilidad de instrumentos en esta lengua, como la importancia de poder evaluar a las personas en su primera lengua, consideramos que se trata de una aportación muy relevante. En segundo lugar, se aportan resultados que permiten clarificar las relaciones entre las variables ansiedad y depresión con constructos tales como la autoestima, la empatía, el acoso escolar y el apego en la población de niños, jóvenes y adolescentes.



---



**Capítulo 1**  
**ADAPTACIÓN AL EUSKERA DEL “CUESTIONARIO**  
**EDUCATIVO CLÍNICO: ANSIEDAD Y DEPRESIÓN”**



---

# CAPÍTULO 1: ADAPTACIÓN AL EUSKERA DEL CUESTIONARIO EDUCATIVO CLÍNICO: ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

## 1.1 INTRODUCCIÓN

Todas las conductas humanas constan de tres componentes: el componente *cognitivo* (pensar), el componente *emocional* (sentir) y el componente *motor* (actuar). El síndrome caracterizado por alteraciones significativas de dichos componentes, y que refleja la disfunción en los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen al funcionamiento mental, es lo que denominamos trastorno mental (APA, 2013).

En cada individuo los componentes que están alterados, los desencadenantes y las consecuencias son diferentes. Cada persona piensa, siente y actúa de forma única, en un contexto único, por lo que podríamos afirmar que existen tantos trastornos mentales como personas que los padecen.

Sin embargo, a fin de avanzar en el conocimiento y en la búsqueda de tratamientos eficaces para tales trastornos, es necesario clasificar y proponer criterios diagnósticos comunes para los diferentes tipos o grupos de alteraciones. Entre las propuestas existentes para describir y/o clasificar los trastornos de la salud en general, o los trastornos mentales de manera específica, se encuentra el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, con su quinta edición en vigor, en adelante DSM-V-TR (2022) por sus siglas en inglés. Este manual está elaborado por la Asociación Americana de Psiquiatría, en adelante APA, y en el mismo se proponen, tanto una clasificación de los diversos trastornos mentales, como una serie de criterios diagnósticos, características principales y otros datos relevantes para cada uno de los trastornos incluidos en el mismo.

Así, en el DSM-V-TR, los diferentes trastornos mentales se presentan clasificados en 22 grandes grupos o capítulos. Entre tales grupos podemos encontrar,

por ejemplo, *Trastornos del neurodesarrollo*, *Otras condiciones que pueden requerir atención clínica* o, *Desordenes disociativos* o *Disforia de género*. Los grupos de trastornos se componen a su vez de subtipos que se pueden especificar en detalle.

Entre los trastornos mentales incluidos en el DSM-V-TR se encuentran los *Trastornos de ansiedad* y los *Trastornos depresivos*. Los criterios diagnósticos incluidos en este manual han servido como definición de los síntomas de los trastornos de ansiedad y de los trastornos depresivos para la investigación que se presenta en este trabajo.

Tanto los trastornos de ansiedad como los trastornos depresivos son trastornos con altas tasas de prevalencia (Albarracín et al., 2008; Kessler et al., 2012; Kessler y Bromet, 2013; Wittchen et al., 1994). Se trata de trastornos que repercuten de manera negativa en la vida de las personas que los padecen, en su entorno cercano y en la sociedad en general (Broadhead et al., 1990; Ormel et al., 1993; Valladares et al., 2009), por lo que resulta imprescindible avanzar en el conocimiento de los mismos, contribuyendo a la prevención y al tratamiento de dichos trastornos.

En este primer capítulo se presentan, en primer lugar, los conceptos y variables de interés para los estudios incluidos en dicho capítulo. Así, se incluye una breve definición de la ansiedad, la clasificación y las características principales de los distintos trastornos de ansiedad propuestos por la APA. A continuación, se define la depresión, se presenta la clasificación y un resumen de las características principales de los distintos trastornos depresivos descritos en el DSM-V-TR. Tras la definición de los trastornos o constructos de interés, se realiza un breve resumen acerca de la comorbilidad y las repercusiones de dichos trastornos. A continuación, se presenta un apartado dedicado a resumir brevemente los diversos instrumentos disponibles en euskera y castellano para la evaluación de los trastornos de ansiedad y de los trastornos depresivos. Tras la revisión de

instrumentos, se justifica brevemente la necesidad de adaptar al euskera el Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD). Asimismo, se realiza una descripción en profundidad de dicho cuestionario y, se revisan los criterios a considerar a lo largo del proceso de adaptación lingüístico-cultural de cuestionarios.

En segundo lugar, se presenta el objetivo principal del presente capítulo, es decir, la adaptación al euskera del CECAD, que se ha desarrollado a través de 3 estudios: El estudio 1, se planteó el objetivo de obtener una versión traducida al euskera de los ítems del CECAD y de evaluar la adecuación de dicha traducción; el estudio 2, tenía como objetivo obtener información preliminar acerca el funcionamiento de los ítems; y en el estudio 3 se pretendían examinar las propiedades psicométricas del instrumento adaptado, establecer los baremos normativos y redactar el manual de aplicación del mismo.

### **1.1.1 El constructo de Ansiedad**

Como paso previo a la definición de la ansiedad, debemos distinguir este concepto del concepto de miedo. Si bien se trata de dos conceptos cuya definición permite una distinción semántica de ambos, el hecho de que a menudo se utilicen como sinónimos es un reflejo de la dificultad de distinguirlos en la práctica. El término miedo hace referencia a la emoción que se siente ante una amenaza real, es decir, al encontrarse ante un peligro. En cambio, se denomina ansiedad a la emoción que se presenta por la anticipación de una posible amenaza (APA, 1995).

Ambas emociones, miedo y ansiedad, provocan una respuesta de activación en el organismo que lo prepara para enfrentarse al peligro o amenaza, real o imaginario, que lo desencadenó, mediante la lucha o la huida. Así, el miedo, al ser provocado por una amenaza real, suele relacionarse con pensamientos de peligro inmediato y conductas de huida. Sin embargo, en el caso de la ansiedad, dado que es una emoción que se da ante una posible futura amenaza, son más

comunes la tensión muscular, la precaución o la vigilancia como preparación para los futuros peligros, así como, las conductas de evitación. Por tanto, dentro de unos límites apropiados, ambas emociones pueden considerarse un síntoma de salud. Es decir, el miedo y/o la ansiedad son emociones necesarias y saludables que permiten detectar y enfrentarse a las amenazas. Sin embargo, estas emociones no siempre se activan de manera adecuada a la situación.

Cuando el mecanismo del miedo o de la ansiedad se activa de manera no adaptativa, es decir, cuando se da ante un estímulo objetivamente no amenazante o, con una intensidad y duración no proporcional a la situación que la desencadenó, podemos encontrarnos ante un trastorno de ansiedad (APA, 1995; OMS, 1992).

### **La Ansiedad según la Asociación Americana de Psiquiatría**

En el DSM-V-TR de la APA podemos encontrar los diferentes trastornos de ansiedad clasificados según el objeto o la situación que induce el miedo o la ansiedad, y por las ideas asociadas a los mismos (véase la tabla 1.1). Además, estos trastornos se organizan evolutivamente, es decir, de acuerdo con la edad típica de aparición.

**Tabla 1. 1** Clasificación y codificación de los trastornos de ansiedad según el DSM-V-TR

Código CIE-10	TRASTORNOS DE ANSIEDAD (Denominación DSM-V-TR)
(F93.0)	Trastorno de ansiedad por separación
(F94.0)	Mutismo selectivo
( . )	Fobia específica
(F40.10)	Trastorno de ansiedad social (Fobia Social)
(F41.00)	Trastorno de pánico
( . )	Ataque de pánico especificado
(F40.00)	Agorafobia
(F41.1)	Trastorno de ansiedad generalizada
( . )	Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/ medicación
(F06.4)	Trastorno de ansiedad debido a otra condición médica
(F41.8)	Otro trastorno de ansiedad especificado
(F41.9)	Trastorno de ansiedad no especificado

Además de la clasificación más general, estos trastornos pueden desglosarse con mayor detalle.

Asimismo, cada uno de los trastornos de ansiedad se diagnostica en base a criterios diagnósticos propuestos en el DSM-V-TR y cuyas características principales se resumen a continuación.

#### *Trastorno de ansiedad por separación*

El trastorno de ansiedad por separación se caracteriza por el miedo o ansiedad producido por la separación de las figuras de apego. En este sentido, ante situaciones en las que se podría producir la separación o pérdida de la figura de apego, la persona afectada siente miedo o ansiedad en un grado o intensidad que no es adecuado para su momento evolutivo o de desarrollo.

### *Mutismo selectivo*

Las personas afectadas de mutismo selectivo sienten dificultad o incapacidad para hablar en las situaciones sociales en las que se espera que lo hagan (por ejemplo, en la escuela o en el centro de trabajo), aunque son capaces de hablar en otras circunstancias. La incapacidad de hablar tiene consecuencias con respecto a los logros académicos o laborales, o interfieren de otra manera en la comunicación social normal de la persona.

### *Fobias específicas*

En la fobia específica son las situaciones o los objetos específicos los que provocan miedo o ansiedad. En este tipo de fobia no hay una ideación cognitiva característica. Existen diversos tipos de fobia específica como, por ejemplo, a los animales, al entorno natural, a sangre-inyección-herida, etc. que desencadenan una respuesta de miedo o ansiedad no proporcional al peligro real.

### *Trastornos de ansiedad social (fobia social)*

En el trastorno de ansiedad social se produce miedo o ansiedad en situaciones sociales en las que el individuo puede ser examinado. Las situaciones más típicas podrían ser, por ejemplo, conocer gente nueva, o comer y/o beber delante de otras personas, o actuar delante de otros. En estos casos la ideación cognitiva es la de ser evaluado negativamente, rechazado, humillado, avergonzado, o la de ofender a otros.

### *Trastorno de pánico*

La característica principal de los ataques de pánico es la aparición repentina de miedo intenso, que suele ir acompañado de síntomas físicos y/o cognitivos, y que puede darse por una situación u objeto concreto, o sin razón aparente.

En el trastorno de pánico, los ataques de pánico son recurrentes e inesperados, por lo que la persona que los padece está permanentemente preocupada por tener más ataques de pánico o cambia su conducta debido a ellos.

### *Agorafobia*

Las personas con agorafobia sienten miedo o ansiedad en las situaciones en las que piensan que escapar puede ser difícil, que la ayuda pueda no estar disponible en esa situación o por síntomas incapacitantes o vergonzantes. Debido a estas ideas temen o evitan estar en espacios públicos, hacer cola o las multitudes, el transporte público, los sitios cerrados, o incluso, salir de casa, necesitando a menudo la presencia de un acompañante.

### *Trastorno de ansiedad generalizada*

En el trastorno de ansiedad generalizada la ansiedad o preocupación se produce en varios ámbitos entre los que se incluyen el entorno escolar o laboral, que el afectado percibe como difíciles de controlar.

### *Trastorno de ansiedad inducido por sustancia/medicación*

En los casos en que la ansiedad se produce por la intoxicación o retirada de una sustancia, o por el tratamiento con una medicación, el diagnóstico adecuado es el de trastorno de ansiedad por sustancia/medicación.

### *Trastorno de ansiedad debido a otra condición médica*

Si los síntomas de ansiedad se dan como consecuencia fisiológica de otra condición médica, el diagnóstico será el de trastorno de ansiedad debido a otra condición médica (por ejemplo, el hipotiroidismo).

### *Otro trastorno de ansiedad especificado*

Se utiliza el diagnóstico de trastorno de ansiedad especificado cuando, habiendo síntomas de ansiedad o evitación fóbica, no se reúnen los criterios suficientes para alcanzar el diagnóstico en alguna de las otras categorías de trastorno de ansiedad, pero para el cual el clínico decide incluir la razón.

### *Trastorno de ansiedad no especificado*

Se diagnostica trastorno de ansiedad no especificado cuando, habiendo síntomas de ansiedad o evitación fóbica, no se reúnen los criterios suficientes para alcanzar el diagnóstico en alguna de las otras categorías de trastorno de ansiedad y el clínico elige no especificar la razón.

### **1.1.2 El constructo de Depresión**

Al igual que ocurre con la ansiedad y el miedo, en el lenguaje cotidiano es muy común el uso de los términos tristeza y depresión como sinónimos, por lo que debemos comenzar por distinguirlos.

La tristeza es una de las emociones básicas en los seres humanos, y por tanto resulta necesaria y saludable. Así, la tristeza se suele dar como consecuencia de un evento previo como, por ejemplo, una pérdida de algún tipo, y suele conllevar un proceso de reestructuración y readaptación a la nueva situación. Por tanto, como todas las emociones cumple una función adaptativa para las personas (Cruz-Pérez, 2012).

En cambio, la depresión es un trastorno mental cuya causa no se conoce. La depresión se caracteriza principalmente por la presencia de tristeza, vacío o irritabilidad que suelen ir acompañados de cambios somáticos y cognitivos que afectan a la capacidad de funcionamiento del individuo que lo padece (APA, 2013). La depresión puede darse a cualquier edad, y suele ser un trastorno crónico y recurrente, que necesita tratamiento.

### **La Depresión según la Asociación Americana de Psiquiatría**

En el Manual DSM-V-TR de la APA, los trastornos depresivos se clasifican tal y como se refleja en la tabla 1.2 (APA, 2013).

**Tabla 1. 2** Clasificación y codificación de los trastornos de depresión según el DSM-V-TR

Código CIE-10	TRASTORNOS DEPRESIVOS (Denominación DSM-V-TR)
(F34.8)	Trastorno de desregulación perturbador del estado de ánimo
(__.)	Trastorno de depresión mayor
(__.)	Episodio único
(F32.0)	Leve
(F32.1)	Moderado
(F32.2)	Grave
(F32.3)	Con características psicóticas
(F32.4)	En remisión parcial
(F32.5)	En remisión total
(F32.9)	No especificado
(__.)	Episodio recurrente
(F33.0)	Leve
(F33.1)	Moderado
(F33.2)	Grave
(F33.3)	Con características psicóticas
(F33.41)	En remisión parcial
(F33.42)	En remisión total
(F33.9)	No especificado
(F34.1)	Trastorno depresivo persistente (Distimia)
(N94.3)	Trastorno disfórico premenstrual
(__.)	Trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos
(__.)	Trastorno depresivo debido a otra afección médica
(F32.8)	Otro trastorno depresivo especificado
(F32.9)	Trastorno depresivo no especificado

A continuación, se resumen las características principales de los diversos trastornos depresivos.

### *Trastorno de desregulación perturbador del estado de ánimo*

En el trastorno de desregulación perturbador del estado de ánimo se da una irritabilidad severa persistente que suele manifestarse de dos maneras. Por un lado, suelen darse frecuentes arrebatos de temperamento por la frustración, que pueden ser verbales o conductuales, dándose tanto en casa como en la escuela y son inapropiados para su momento de desarrollo. Por otro lado, entre los arrebatos de temperamento debe mantenerse el ánimo irritable o enfado crónico persistente. El ánimo irritable o enfado suele darse en niños y es perceptible por su entorno. Tiene mayor prevalencia en niños de edad escolar.

### *Trastorno de depresión mayor*

El episodio depresivo mayor se caracteriza por el ánimo depresivo o por la pérdida de interés o placer en casi todas las actividades (en niños y adolescentes, el ánimo puede ser irritable más que triste). Acompañando a este ánimo deprimido suelen presentarse síntomas tales como cambios en el apetito o el peso, en el sueño, sentimientos de inutilidad o pensamientos de muerte, entre otros.

El trastorno de depresión mayor es el diagnóstico más común de entre los diferentes trastornos de depresión, siendo diagnosticado al darse episodios depresivos de al menos 2 semanas en los que se producen cambios significativos en el afecto, la cognición y en las funciones neurovegetativas que remiten entre episodios. El diagnóstico de trastorno de depresión mayor se realiza, además de por la sintomatología, en función de los siguientes aspectos: si es un episodio único o recurrente, la gravedad actual (leve, moderada o grave), la presencia de características psicóticas y el estado de remisión (total o parcial). También podría ocurrir que no esté especificado.

### *Trastorno depresivo persistente (Distimia)*

El trastorno depresivo persistente o distimia se caracteriza por la presencia de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, con más días de ánimo deprimido que no deprimido, y que persiste durante al menos 2 años (1 año en niños y adolescentes). Este trastorno debe estar precedido del trastorno depresivo mayor, siendo los afectados de trastorno depresivo mayor durante más de 2 años diagnosticados de distimia también. Los síntomas que acompañan a los periodos de ánimo deprimido suelen ser: falta de apetito o sobrealimentación, insomnio o hipersomnias, baja energía o gran fatiga, baja autoestima, baja concentración o dificultad para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza.

### *Trastorno disfórico premenstrual*

En el trastorno disfórico premenstrual, que se produce durante la fase premenstrual y remite al principio o poco después de la menstruación, la sintomatología característica es la labilidad de ánimo, irritabilidad, disforia y síntomas de ansiedad que suelen ir acompañados de síntomas conductuales o físicos. Se diagnostica en los casos en los que en el último año la sintomatología se ha dado en la mayoría de los ciclos y tiene que haber afectado al funcionamiento de la persona, teniendo en cuenta su contexto social y cultural.

### *Trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos*

El trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos se diagnostica cuando la sintomatología depresiva está asociada a la ingesta, inyección o inhalación de una sustancia y, tras la duración esperada del efecto, intoxicación o del periodo de retirada de la sustancia, la sintomatología depresiva persiste. Este trastorno debe causar malestar significativo y afectar al funcionamiento de la persona afectada.

### *Trastorno depresivo debido a otra condición médica*

En el trastorno depresivo debido a otra condición médica el afectado presenta síntomas depresivos que se deben a otra condición médica estando fisiológicamente asociados (por ejemplo, hipotiroidismo).

### *Otro trastorno depresivo especificado*

Se utiliza la categoría otro trastorno depresivo especificado cuando se presenta sintomatología depresiva, que afecta al funcionamiento social, ocupacional o de otras áreas, sin cumplir con los requisitos de las características diagnósticas para ningún trastorno depresivo especificado y para la cual el clínico decide incluir una razón específica.

### *Trastorno depresivo no especificado*

En los casos en los que se presenta sintomatología depresiva sin cumplir los requisitos para un trastorno específico y el clínico elige no especificar las razones del trastorno, se utiliza el diagnóstico trastorno depresivo no especificado.

Además de las características señaladas, en los diagnósticos de depresión se pueden utilizar especificadores para una mejor descripción de la situación concreta en la que se encuentra la persona afectada como, por ejemplo, con estrés ansioso, con características mixtas o con características atípicas, entre otros.

### **1.1.3 Comorbilidad, repercusiones y correlaciones de la ansiedad y la depresión**

La ansiedad y la depresión son trastornos, que a pesar de tener criterios diagnósticos y sintomatología diferenciados, suelen darse a menudo de forma comórbida (Chavira et al., 2004; Cummings et al., 2014; Essau, 2008; Garber y Weersing, 2010). Es decir, se trata de dos trastornos distintos que a menudo ocurren simultáneamente en una persona.

Dada su alta comorbilidad, algunos autores han propuesto la teoría de un único trastorno, que dependiendo del momento de evolución en el que se encuentre la persona cuando es evaluada, presenta diferentes síntomas (Mennin et al., 2008; Rapee y Barlow, 1991; Tyrer et al., 1987).

En cuanto a los efectos más directos de la ansiedad y la depresión, cabe destacar el sufrimiento que implican para la persona que los padece. Ambos trastornos afectan a aspectos emocionales, conductuales y cognitivos (Bernaras et al., 2013), y este sufrimiento puede, a su vez, retroalimentar dichos trastornos. Así, tanto la ansiedad como la depresión suelen producir cambios somáticos y deterioro del funcionamiento de la persona afectada. Asimismo, se relacionan con la pérdida de la pareja, del hogar, de las amistades, con la disminución del rendimiento escolar, entre otras consecuencias, llegando, en determinados casos, a existir riesgo de suicidio (Bernarás et al., 2013; Bress et al., 2015; Clark y Beck, 2012; Echeburúa y De Corral, 2009; Rapee y Barlow, 1991). Por tanto, es común que la ansiedad y la depresión aparezcan relacionadas con otras variables personales y del entorno, como pueden ser la autoestima o el acoso escolar.

Sin embargo, las repercusiones de estos trastornos no se limitan al sufrimiento y deterioro del funcionamiento de la persona afectada y su entorno más cercano, sino que también repercuten en la economía y la sociedad, con diferentes áreas afectadas. Así, en los afectados por estos trastornos son habituales las visitas a servicios de atención primaria, atención especializada, servicios de urgencias, hospitalizaciones, etc., con los consiguientes gastos directos derivados de estos trastornos. Asimismo, son habituales las bajas laborales, la disminución de la productividad, el absentismo laboral, el presentismo laboral, mayores déficits en el desempeño laboral o la disminución de la jornada laboral (Adler et al., 2006; Albarracín et al., 2008; Broadhead et al., 1990; Monroe et al., 2009; Ormel et al., 1993; Rost et al., 2004; Schoenbaum et al., 2001; Simon et al., 2000; Tefft, 2012; Uribe et al., 2017; Valladares et al., 2009; Woo et al., 2011), por lo que los efectos económicos de estos trastornos son muy elevados.

Teniendo en cuenta las múltiples repercusiones de estos trastornos, se pone de manifiesto la necesidad de avanzar en un mayor conocimiento de los mismos, ya que son trastornos que responden al tratamiento psicológico (Echeburúa et al., 2000). Por tanto, queda patente la necesidad de instrumentos de evaluación y de tratamientos adecuados para estos trastornos.

En relación con la prevalencia de los diferentes trastornos de ansiedad, entre los estudios que evalúan trastornos concretos, se ha visto que el trastorno de ansiedad especificado con mayores tasas de prevalencia es la ansiedad social y, en el caso de los trastornos depresivos, el más común es el trastorno de depresión mayor. Sin embargo, otro diagnóstico frecuente pero no muy presente en la literatura son los trastornos no especificados (Bernaldo-de-Quirós et al., 2012). Esto puede indicar, tal y como se mencionó al inicio de este capítulo, que las personas que presentan síntomas de ansiedad o depresión no tienen por qué cumplir los requisitos de las categorías específicas, aunque presenten la sintomatología común de estos trastornos. Teniendo en cuenta esto, en el presente trabajo se decidió evaluar la sintomatología de la ansiedad y la depresión, en lugar de evaluar trastornos de ansiedad y depresión específicos.

### **1.1.4 Instrumentos de evaluación**

A fin de seleccionar los instrumentos de evaluación, se procedió a la revisión de los instrumentos disponibles y a la elección de los instrumentos de evaluación más adecuados para el presente trabajo.

El tipo de instrumento más utilizado en la evaluación de estos trastornos es el cuestionario. Una característica que incide en la gran utilización de los cuestionarios es la posibilidad de obtener información relevante en una muestra amplia en un periodo muy breve de tiempo, lo que a su vez permite avanzar más rápidamente en el conocimiento y en la investigación, en este caso, de la ansiedad y la depresión.

### **Instrumentos de evaluación en euskera**

Dado que la población objetivo del presente trabajo está compuesta por niños, adolescentes y jóvenes vascoparlantes de la Comunidad Autónoma del País Vasco, en primer lugar, se realizó una búsqueda de instrumentos de evaluación de la ansiedad y la depresión disponibles en euskera. Como resultado de dicha búsqueda no se encontró ningún cuestionario para la evaluación de la ansiedad en dicha lengua, y solo se encontró un cuestionario para la evaluación de la depresión. Sí que se halló un estudio con la fase piloto de la adaptación al euskera del cuestionario Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG) (Lameirinhas y Gorostiaga, 2020). Sin embargo, todavía no se ha culminado la adaptación de dicho instrumento y la adaptación se está llevando a cabo con población de personas mayores.

#### *Haurren Depresioa Neurtzeko Galdesorta (CDS)*

El *Children's Depression Scale* (Lang y Tisher, 1978) en su versión en euskera (Balluerka et al., 2012), está destinado a la evaluación de la depresión en niños y adolescentes de entre 8 y 16 años. Este cuestionario consta de 66 ítems con escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta, que oscilan entre *Oso desadots* (totalmente en desacuerdo) y *Oso adots* (totalmente de acuerdo). Los 66 ítems evalúan dos dimensiones: 48 ítems miden la dimensión Depresiva y 18 ítems miden la dimensión Positiva. Los ítems de la dimensión Depresiva evalúan las respuestas afectivas negativas, la dificultad en las interacciones sociales, la tendencia al aislamiento y a la soledad, los sentimientos negativos y, los sueños y fantasías relacionados con la enfermedad y la muerte. En cuanto a los ítems de la dimensión Positiva, se refieren a la ausencia de alegría, de diversión y de felicidad en la vida del niño o, a su incapacidad para experimentar estos sentimientos. Algunos ejemplos de los elementos de esta escala serían “Gehienetan ez dut ezertarako gogorik”, “Gehienetan uste dut ez nauela inork ulertzen” y “Maite nau ten arren, ez dut merezi besteez nik maitatzea”. La adaptación en euskera del

instrumento presenta adecuadas características psicométricas. Así, tanto los índices de consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,95 en la dimensión Depresiva y de 0,79 en la Positiva) como de estabilidad temporal (correlación test-retest de 0,73 en la dimensión Depresiva y de 0,59 en la Positiva) fueron adecuados; y los resultados de los análisis factoriales presentaron datos coherentes con la estructura teórica subyacente. Finalmente, en el suplemento de la adaptación al euskera del manual también se aportan evidencias de validez de relación con otras variables.

Teniendo en cuenta la escasa disponibilidad de cuestionarios de evaluación de estos trastornos en euskera, se optó por realizar una búsqueda de instrumentos de evaluación disponibles en castellano.

### **Instrumentos de evaluación en castellano**

Tras la búsqueda de instrumentos en euskera, se realizó una búsqueda de los instrumentos disponibles en castellano, para valorar la posibilidad de adaptar alguno de tales instrumentos al euskera dada la proximidad cultural entre personas vasco parlantes y castellanoparlantes que conviven en la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV). Como resultado de dicha búsqueda se encontraron los siguientes instrumentos de evaluación de la ansiedad y la depresión en castellano, susceptibles de ser utilizados en el rango de edad de la población objetivo.

#### *Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD)*

El CECAD (Lozano-González et al., 2007) está destinado a la evaluación de la ansiedad y la depresión en personas mayores de 7 años. Puede ser administrado de manera individual o colectiva, tanto en el ámbito clínico como en el ámbito educativo. Este cuestionario se compone de 50 ítems que se responden mediante una escala tipo Likert que oscila entre 1 (nunca) y 5 (siempre). Mediante estos 50 ítems se evalúan, además de los síntomas de Ansiedad y Depresión,

aspectos clínicos relacionados con estos como son: Irritabilidad, Inutilidad, Síntomas psicofisiológicos y Problemas de pensamiento. Algunos ejemplos de ítems serían: “Lloro con facilidad”, “Pienso que lo hago todo mal” o “Me siento triste”. Las características psicométricas de este cuestionario se pueden considerar muy satisfactorias. Concretamente, respecto a la fiabilidad, el cuestionario tiene una alta consistencia interna tanto para las escalas como para los aspectos clínicos en los diversos grupos de edad analizados en el estudio de elaboración del instrumento. Así, los índices alfa de Cronbach oscilaron entre 0,90 y 0,96 para las escalas de Depresión y Ansiedad en diversos grupos de edad, mientras que en el caso de los aspectos clínicos los índices oscilaron entre 0,83 y 0,96. Estos valores se consideran muy satisfactorios, sobre todo teniendo en cuenta que algunos aspectos clínicos están compuestos por un número reducido de ítems (por ejemplo, Irritabilidad se compone de 6 ítems). En cuanto a la validez de constructo, en el manual del cuestionario se aportan los resultados de diversos análisis factoriales como evidencia de la estructura interna. Asimismo, se presentan las correlaciones entre las puntuaciones de este instrumento y las puntuaciones de la adaptación española del *Children’s Depression Inventory* (CDI), confirmando la alta validez convergente del instrumento (Lozano-González et al., 2011).

#### *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo en Niños (STAIC)*

El *State Trait Inventory for Children* (STAIC; Spielberger, 1973) en su versión en español (Seisdedos, 1990) permite evaluar la ansiedad en niños y adolescentes de entre 9 y 15 años. Este cuestionario puede ser aplicado de manera individual o colectiva, y la duración de la aplicación suele oscilar entre los 15 y los 20 minutos. El STAIC se compone de 40 ítems, 20 de los cuales permiten evaluar la ansiedad como estado, es decir, en momentos o circunstancias concretas y, los otros 20 ítems evalúan la ansiedad como rasgo latente, es decir, cómo se siente la persona evaluada en general. Estos ítems se responden mediante una escala tipo Likert con 3 opciones de respuesta, que oscila entre 0 (nada) y 3 (mucho), en la primera subescala, y entre 0 (casi nunca) y 3 (a menudo), en la

segunda subescala. Por ejemplo, algunos de los ítems que miden la ansiedad como estado son “Me siento inquieto” o “Me siento nervioso”, mientras que algunos de los ítems que miden la ansiedad como rasgo latente son “Me cuesta tomar una decisión” o “Me preocupo demasiado”. En relación a las características psicométricas de este instrumento, se puede concluir que la adaptación española presentó una fiabilidad adecuada, siendo los valores del índice de dos mitades de Spearman Brown de 0,89 para ansiedad estado y de 0,85 para ansiedad rasgo y los valores de KR-20 de 0,91 para ansiedad estado y de 0,87 para ansiedad rasgo (Seisdedos, 1990). Los coeficientes indicados son satisfactorios sobre todo teniendo en cuenta que el instrumento de medida es relativamente breve (20 ítems por escala). Respecto a la validez del instrumento, en el manual de la adaptación española se presentan, principalmente, evidencias de validez de constructo. Así, se indica que los análisis factoriales realizados mostraron la existencia de un factor general en el que todos los elementos tienen un peso significativo. Este factor general explica un 19,4% de la varianza total entre los varones y un 21,6% en las mujeres, en la subescala ansiedad rasgo, y un 20,6% de la varianza total entre los varones y un 21,1% en las mujeres, en la subescala de ansiedad estado (Seisdedos, 1990).

### *Inventario de ansiedad estado-rasgo (STAI)*

El *State Trait Anxiety Inventory*, (STAI. Spielberger et al., 1970), en su versión en español (Buela-Casal et al., 2015), al igual que la versión adaptada para niños, permite evaluar la ansiedad en adolescentes y adultos a través de 40 ítems. Veinte ítems evalúan el estado transitorio de ansiedad y los restantes 20 evalúan la ansiedad como rasgo latente. Esta evaluación se realiza a través de afirmaciones en las que la persona que cumplimenta el cuestionario debe responder hasta qué punto dicha afirmación refleja cómo se siente, en momentos concretos, en el caso de los ítems de la dimensión estado y, en general, en los ítems de la dimensión rasgo. Al igual que la versión para niños, se responde mediante una escala tipo Likert con 4 opciones de respuesta que oscilan entre 0

(nada) y 3 (mucho) en el caso de la ansiedad estado y entre 0 (casi nunca) y 3 (casi siempre) en el caso de la ansiedad rasgo. Algunos ejemplos de ítems que miden la ansiedad estado serían “Estoy tenso” o “Estoy preocupado”, mientras que algunos ejemplos de ítems que miden la ansiedad rasgo serían “Me preocupó demasiado por cosas sin importancia” o “Me siento triste (melancólico)”. En relación con las características psicométricas de la escala, se puede afirmar que en la adaptación española se obtuvieron adecuados índices de consistencia interna. Concretamente, en las cuatro muestras analizadas, los índices alfa de Cronbach oscilan entre 0,89 y 0,95, en el caso de la subescala ansiedad estado, y entre 0,82 y 0,91, en la subescala de ansiedad rasgo. Además, en una de las muestras se calculó la fiabilidad mediante el procedimiento de las dos mitades y los índices también fueron elevados (0,94 en ansiedad estado y 0,89 en ansiedad rasgo). Del mismo modo, las evidencias de validez aportadas mostraron que tanto la ansiedad estado como la ansiedad rasgo estaban relacionadas con una personalidad inestable, sumisa, sobria, calculadora, aprensiva y frustrada. Finalmente, al igual que en los estudios de validación del instrumento original, se observó que la ansiedad no se relacionaba ni con la inteligencia ni con el rendimiento escolar (Buela-Casal et al., 2015).

#### *Inventario de Depresión Estado/Rasgo (IDER)*

El *State Trait Depression Inventory: Euthymia and Dysthymia*, (ST-DEP. Spielberger, 1999), en su versión en español (Agudelo y Buela-Casal, 2008) permite evaluar el componente afectivo de la depresión en adolescentes, jóvenes y adultos, con una duración de la aplicación de entre 7 y 10 minutos. Así, el IDER evalúa tanto la distimia (afectividad negativa) como la eutimia (afectividad positiva). Esta afectividad de la depresión se evalúa como estado o grado de afectación y como rasgo o frecuencia de ocurrencia. De los 20 ítems que componen el instrumento, 10 ítems evalúan la escala de la depresión como estado y los restantes 10 ítems evalúan la escala como rasgo. En cada una de las escalas, 5 de

los ítems evalúan la distimia y los otros 5 la eutimia. En ambas escalas las respuestas se indican en una escala Likert de 4 puntos, concretamente, en la escala estado estas respuestas oscilan entre *nada* y *mucho*, en afirmaciones sobre su sentimiento en el momento de responder al inventario y, en la escala rasgo entre *casi nunca* y *casi siempre*, debiendo la persona evaluada responder con qué frecuencia le ocurre cada una de las afirmaciones de los ítems que componen la escala rasgo. En relación con las características psicométricas de la escala, se puede afirmar que en la adaptación española se obtuvieron adecuados índices de consistencia interna. Concretamente, en las cuatro muestras analizadas, la muestra general, la clínica la de universitarios y la de adolescentes, los índices alfa de Cronbach oscilaron entre 0,66 y 0,93. Estos resultados se consideran muy satisfactorios teniendo en cuenta el reducido número de elementos de algunas de las subescalas. Del mismo modo, las evidencias de validez aportadas mostraron que, por un lado, las puntuaciones que aporta la escala son coherentes con la existencia de dos factores dentro de cada una de las escalas generales (Estado y Rasgo) y que estos factores se correspondían en composición con las subescalas de Eutimia y Distimia. Finalmente, en relación a la validez convergente y discriminante, en el manual se aportan evidencias de altas correlaciones entre las puntuaciones del IDER, del BDI (Inventario de Depresión de Beck) y del CBD (Cuestionario Básico de Depresión), así como menores correlaciones entre las puntuaciones obtenidas en el IDER y las obtenidas en el STAXI-2 (Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo) (Agudelo y Buena-Casal, 2008).

### *Inventario de Depresión Infantil (CDI)*

El *Children's Depression Inventory* (CDI; Kovacs, 1992) en su versión en español (del Barrio y Carrasco, 2004) sirve como instrumento para la evaluación de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes de entre 7 y 15 años. Este inventario puede ser aplicado de forma individual o colectiva, con una duración de la aplicación de entre 10 y 15 minutos. El CDI consta de 27 ítems que incluyen tres enunciados según la intensidad de la sintomatología, siendo puntuados

como 0, 1 o 2 (81 elementos en total). Por ejemplo, los enunciados “No pienso en matarme”, “Pienso en matarme, pero no lo haría” y “Quiero matarme” compondrían un ítem y los enunciados “Tengo buen aspecto”, “Hay algunas cosas de mi aspecto que me gustan” y “Soy feo o fea”, otro ítem. Los ítems de este cuestionario se dividen en 2 escalas: disforia y autoestima negativa. En relación con los índices psicométricos de la adaptación española, cabe indicar que los datos referidos a la fiabilidad y la consistencia interna de la escala fueron satisfactorios. Concretamente, la consistencia interna obtenida mediante el alfa de Cronbach fue de 0,80 y la obtenida mediante el método de las dos mitades de 0,79. En cuanto a la estabilidad temporal, con un intervalo de dos semanas, se obtuvo un valor de 0,38. Aunque dicho valor no es muy elevado, este hecho es habitual con este tipo de pruebas en muestras no clínicas. Respecto a las evidencias de validez, en el manual de la adaptación española se presentan correlaciones negativas y de magnitud moderada entre el CDI y la autoeficacia y correlaciones positivas y de magnitud moderada entre el CDI y la agresividad y la ira (tanto ira estado como ira rasgo). Finalmente, también se aportaron evidencias de la validez factorial mediante un análisis factorial confirmatorio.

#### *Escala de Depresión para Niños (CDS)*

La adaptación española (Seisdedos, 2003) del *Children's Depression Scale* (CDS. Lang y Tisher, 1978) permite evaluar la depresión en niños y adolescentes de entre 8 y 16 años. El cuestionario está compuesto por 66 ítems que evalúan tanto la depresión total, como las escalas Total Depresiva y Total Positiva. La escala Total Depresiva (48 ítems) se compone, a su vez, por 6 subescalas: Respuesta afectiva, Problemas sociales, Autoestima, Preocupación por la muerte/salud, Sentimiento de culpabilidad y Depresivos varios. Por su parte, la escala Total Positiva (18 ítems) se compone de 2 subescalas: Ánimo-Alegría y Positivos varios. Por ejemplo, estos serían algunos de los elementos de este cuestionario “Cuando me enfado normalmente termino llorando”, “A menudo pienso que no valgo gran cosa” o “A menudo siento como si estuviera decepcionando a mis padres”. Estos

ítems se responden mediante una escala Likert de 5 puntos que oscilan entre 1 (muy en desacuerdo) y 5 (muy de acuerdo). En relación con las características psicométricas de la adaptación española, podemos afirmar que los índices de fiabilidad son adecuados. Concretamente, se obtuvieron índices de consistencia interna que oscilaron entre 0,51 y 0,74 en el caso de las subescalas. Estos índices fueron más altos en el caso de las escalas Total Depresiva (0,91) y Total Positiva (0,69). En cuanto a la estabilidad temporal, con un intervalo de un año los índices oscilaron entre 0,33 y 0,52. Aunque estos valores son relativamente bajos, hay que tener en cuenta que el intervalo temporal entre ambas aplicaciones es muy amplio. Respecto a las evidencias de validez, en el manual se indica que los aspectos depresivos se relacionan positivamente con la inestabilidad de la personalidad. Del mismo modo, se aportan datos sobre la relación de las dimensiones evaluadas con el CDS y aspectos antisociales y delictivos.

### *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA)*

El ISRA (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 2002), sirve para la evaluación de la ansiedad y puede ser aplicado en el contexto laboral, clínico, educativo o de investigación. Tiene un formato de situaciones y respuestas, con 22 situaciones y 24 respuestas y 224 ítems, que permiten evaluar las respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras de la ansiedad, en distintas situaciones o como rasgos específicos de ansiedad (ansiedad ante la evaluación, ansiedad interpersonal, ansiedad fóbica y ansiedad ante situaciones cotidianas). Así, la tarea de la persona que responde el cuestionario consiste en evaluar la frecuencia en la que se manifiestan una serie de respuestas o conductas de ansiedad ante distintas situaciones. Las respuestas son siempre las mismas (por ejemplo las respuestas de la dimensión cognitiva serían: “Me preocupo fácilmente”, “Tengo pensamientos o sentimientos negativos sobre mí, tales como ‘inferior’ a los demás, ‘torpe’, etc.”, “Me siento inseguro de mí mismo”, “Doy demasiadas vueltas a las cosas sin llegar a decidirme”, “Siento miedo”, “Me cuesta concentrarme”, “Pienso que la gente se dará cuenta de mis problemas o de la torpeza de mis actos”), y la persona

evaluada ha de indicar la frecuencia en la que se dan esas respuestas o conductas en una escala Likert que oscila entre 0 (casi nunca) y 4 (casi siempre) en cada situación. Sin embargo, en cada situación no se han de indicar las frecuencias de todas las respuestas, sino solo las que están indicadas en cada situación. Por ejemplo, una situación que se presenta en el cuestionario sería “A la hora de tomar una decisión o resolver un problema difícil” y en dicha situación tan solo habría que indicar la frecuencia de las respuestas “Me preocupo fácilmente” y “Me cuesta concentrarme” en el caso de la escala de ansiedad cognitiva (además de las respuestas de las demás escalas de ansiedad). El tiempo de aplicación del instrumento es de aproximadamente 50 minutos y está destinado a personas a partir de 16 años con un nivel cultural suficiente como para poder comprender tanto las instrucciones como la tarea que se ha de realizar. En cuanto a las propiedades psicométricas del ISRA, los valores de consistencia interna evaluados mediante el alfa de Cronbach fueron elevados, oscilando entre 0,95 y 0,99 para los diferentes factores. Por su parte, la estabilidad temporal también fue elevada, obteniéndose correlaciones test-retest, con un intervalo temporal de dos meses, que oscilaron entre 0,68 y 0,86 para los diferentes factores. Respecto a las evidencias de validez de constructo, en el manual se aportan los resultados de diversos análisis factoriales tanto de las respuestas como de las situaciones, concluyendo que los resultados son coherentes con la estructura teórica del instrumento.

#### *Inventario de Depresión de Beck*

El *Beck's Depression Inventory* en su versión original BDI-I (Beck et al., 1961) y en la versión más actualizada BDI-II (Beck et al., 1996) se encuentran disponibles en su adaptación española. Así, el BDI-I (Conde et al., 1976) y el BDI-II (Sanz et al., 2003) permiten evaluar la sintomatología depresiva en jóvenes y adultos a partir de los 13 años. El BDI-II consta de 21 grupos de enunciados que se presentan como un conjunto de 4 afirmaciones que varían en intensidad y que se puntúan con una escala que oscila entre 0 y 3. Por ejemplo, el ítem o conjunto

de afirmaciones que hacen referencia a la irritabilidad estaría compuesta por los siguientes enunciados: “No estoy más irritable que lo habitual”, “Estoy más irritable que lo habitual”, “Estoy mucho más irritable que lo habitual” y “Estoy irritable todo el tiempo”, y la persona evaluada ha de seleccionar uno de los enunciados, el que mejor describa el modo en el que se ha sentido durante las últimas dos semanas. El instrumento, en su adaptación española, presenta adecuadas propiedades psicométricas. Concretamente, en lo que respecta a la consistencia interna del instrumento, los datos del estudio de Sanz y colaboradores (2003) muestran un alfa de Cronbach de 0,87, lo que se considera un valor satisfactorio. Asimismo, en ese mismo estudio se aportan evidencias de validez factorial del instrumento, concluyendo que existe una elevada congruencia de la solución bifactorial del BDI-II en población general española con las soluciones bifactoriales obtenidas en estudios previos con muestras generales de otros países.

Además de los instrumentos destinados a la evaluación de la ansiedad y la depresión en general, existen otros instrumentos que se utilizan para la evaluación de trastornos más específicos dentro de estos trastornos. Puede consultarse revisiones de tales instrumentos en los textos de Caballo et al. (2003); García López et al. (2003); Inglés et al. (2003); Martínez-Monteagudo et al. (2013) y Zubeidat et al. (2006).

### **1.1.5 Adaptación al euskera del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión**

Tal y como se ha mencionado a lo largo del presente capítulo, la ansiedad y la depresión son trastornos mentales que repercuten de manera negativa tanto en las personas que los padecen como en su entorno, así como en la sociedad.

Dado que el objetivo principal del presente trabajo consiste en evaluar la sintomatología ansiosa y depresiva y, no sus desencadenantes o categorías específicas, y que en euskera no existe un instrumento adecuado para ello, de entre

los cuestionarios de evaluación de la ansiedad y la depresión disponibles en castellano, se decidió adaptar al euskera el Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD). A continuación, describimos en mayor detalle dicho instrumento.

### **Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión**

El Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD) fue elaborado por Luis Lozano González, Eduardo García Cueto y Luis Manuel Lozano Fernández, y publicado por TEA ediciones en 2007.

Este cuestionario, que obtuvo el Premio TEA en el año 2006, se elaboró con el objetivo de servir como instrumento destinado a la evaluación de la existencia de trastornos de ansiedad y depresión, además de aspectos relacionados con estos como la inutilidad, la irritabilidad, los problemas de pensamiento y los síntomas psicofisiológicos. A continuación, se describen brevemente las escalas (Ansiedad y Depresión) así como, los aspectos clínicos (Inutilidad, Irritabilidad, Problemas de pensamiento y Síntomas psicofisiológicos) evaluados por el CECAD.

*Ansiedad:* Los 20 ítems de esta escala se basan en los síntomas psicofisiológicos asociados a la ansiedad, además de en los pensamientos intrusivos, en las conductas de escape en situaciones sociales o en el agobio en lugares con mucha gente. Las puntuaciones elevadas en esta escala indican síntomas de tensión muscular y problemas inherentes a una incorrecta respiración, miedos, preocupaciones y pensamientos molestos.

*Depresión:* Los 29 ítems que componen la escala de Depresión se han basado en los criterios diagnósticos del DSM-IV. Una puntuación alta en esta escala indica un estado de ánimo depresivo o irritable, insomnio o hipersomnía, inutilidad, pérdida de energía, disminución de la capacidad de pensar, pérdida de apetito y pensamiento suicida.

*Inutilidad:* Esta subescala que consta de 8 ítems, se refiere a la percepción que tiene uno mismo sobre su valía a la hora de enfrentarse a tareas cotidianas. Una puntuación elevada en este aspecto clínico indica que la persona evaluada considera que no hace bien ninguna tarea, que duda constantemente sobre cómo hacer las cosas, etc., por lo que es probable que mantenga conductas de evitación o escape.

*Irritabilidad:* Una alta puntuación en esta subescala compuesta por 6 ítems para la evaluación de este aspecto clínico, indica que la persona evaluada se percibe como una persona con facilidad para enfadarse y con una sensación interna de rabia. Es importante tener en cuenta este aspecto de irritabilidad como componente de la depresión, ya que puede percibirse como un problema de conducta o de mala educación.

*Problemas de pensamiento:* Una alta puntuación en la subescala compuesta por 7 ítems que evalúan este aspecto clínico, indica que la persona se siente abrumada por pensamientos intrusivos, tiene tendencia a la valoración de las cosas desde una perspectiva negativa, y miedo a perder el control y a las cosas que le puedan ocurrir.

*Síntomas psicofisiológicos:* Una puntuación alta en la subescala que consta de 16 ítems y que evalúan este aspecto clínico, indica que la persona suele estar tensa, mostrando dolores corporales, problemas respiratorios, dificultades en la conciliación o en el mantenimiento del sueño, temblor de manos...

El CECAD permite evaluar tanto las dos dimensiones principales (Ansiedad y Depresión) como los aspectos clínicos a través de 50 ítems que se responden mediante una escala tipo Likert con 5 alternativas de respuesta (nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre o siempre). Está destinado a niños, adolescentes y jóvenes adultos (a partir de los 7 años) y su uso está recomendado, además de en el contexto clínico, en el contexto educativo, pudiéndose aplicar de manera individual o colectiva, con una duración de la aplicación que varía entre los 10 y los 20 minutos.

En la primera edición del 2007, el análisis factorial realizado por el método de factores principales dio como resultado un único factor. Además del factor principal de ansiedad y depresión, en esta primera versión del CECAD se agruparon ítems que servían como indicadores de irritabilidad, inutilidad y problemas de pensamiento.

Con motivo de la segunda edición, en el año 2011 se amplió la administración del cuestionario a una muestra mayor y se procedió al análisis de los datos que dio como resultado la diferenciación de las escalas de ansiedad y depresión, la introducción del indicador de síntomas psicofisiológicos y el aumento de la fiabilidad en la medida de cada uno de los aspectos evaluados por este instrumento.

Entre las razones para su uso los autores destacan, además de la evaluación de los distintos aspectos anteriormente mencionados, las siguientes: se evitan los posibles bloqueos emocionales que se puedan dar en el niño a la hora de expresar verbalmente las emociones conflictivas ante un extraño (profesores, psicólogo escolar...), los datos obtenidos están libres de la subjetividad de los informantes (distorsión o prejuicios de los adultos, ira hacia el niño...) y permite el acceso a datos sobre síntomas internalizados (pensamientos y sentimientos) que no son accesibles por medio de la observación. Asimismo, debido a su brevedad y su administración individual o grupal, evalúa de forma rápida la gravedad de los síntomas, permite explorar y detectar las necesidades existentes en torno a la ansiedad y la depresión, tanto en el grupo como en miembros individuales del mismo, e informa sobre los aspectos grupales o individuales relacionados con la ansiedad y la depresión. Además, nos informa de los indicadores de irritabilidad, inutilidad, problemas de pensamiento y síntomas psicofisiológicos de mayor peso en el trastorno y cuyo cambio puede conllevar mayor dificultad, por lo que resulta una herramienta útil en la elaboración de programas o terapias de prevención y/o intervención. También puede ser usado para la evaluación de programas de prevención, intervenciones terapéuticas, etc.

Además de las razones expuestas, cabe destacar las adecuadas características psicométricas del instrumento. Así, el coeficiente de fiabilidad, estimado mediante el coeficiente alfa de Cronbach, fue satisfactorio en todos los aspectos evaluados. Concretamente, la dimensión de ansiedad obtuvo valores entre 0,90 y 0,92, dependiendo del grupo de edad, y la dimensión de Depresión valores entre 0,95 y 0,96. Los indicadores secundarios de Inutilidad, Irritabilidad, Problemas de pensamiento y Síntomas psicofisiológicos obtuvieron valores por encima de 0,83 en todos los grupos edad.

En cuanto a las evidencias de validez de constructo, se realizó un análisis factorial exploratorio mediante el cual se obtuvieron dos factores (ansiedad y depresión), que explican el 54% de la varianza total. En este sentido, la estructura de dos factores se confirmó mediante análisis factorial confirmatorio, en la muestra total y por grupos de edad.

Aunque actualmente está vigente la quinta edición del DSM (DSM-V-TR; APA, 2013), los criterios diagnósticos que se proponen en el CECAD para la descripción de los trastornos de ansiedad y depresión, son los descritos por la APA en la cuarta edición de DSM (DSM-IV; APA, 1995).

A pesar de que la organización del manual vigente, el DSM-V-TR, se haya modificado respecto al DSM-IV, estos cambios afectan a la estructuración y la clasificación, pero no a los criterios sintomáticos que sirvieron como base para la construcción del CECAD. En el DSM-IV los trastornos de ansiedad y depresión se incluyen en el Eje I *Trastornos clínicos, Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica*.

A continuación, se presentan los criterios diagnósticos incluidos en el DSM-IV para la sintomatología ansiosa Figura 1.1 y la agorafobia Figura 1.2 así como, para la sintomatología depresiva Figura 1.3 que sirvieron para la construcción del CECAD.

**Figura 1. 1** Criterios para el diagnóstico de crisis de angustia (APA, 1995, páginas 403-404).

**■ Criterios para el diagnóstico de crisis de angustia (*panic attack*)**

**Nota:** No se registran las crisis de angustia en un código aislado. Codificar el diagnóstico del trastorno específico en que aparece la crisis de angustia (p. ej., F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia [300.21] [pág. 411]).

Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos:

- (1) palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca
- (2) sudoración
- (3) temblores o sacudidas
- (4) sensación de ahogo o falta de aliento
- (5) sensación de atragantarse
- (6) opresión o malestar torácico
- (7) náuseas o molestias abdominales
- (8) inestabilidad, mareo o desmayo
- (9) desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)
- (10) miedo a perder el control o volverse loco
- (11) miedo a morir
- (12) parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)
- (13) escalofríos o sofocaciones

**Figura 1.2** Criterios para el diagnóstico de agorafobia (APA, 1995, páginas 404-405).

**■Criterios para el diagnóstico de agorafobia**

**Nota:** No se registra la agorafobia en un código aislado. Codificar el diagnóstico del trastorno específico en que aparece la agorafobia (p. ej., F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia [300.21] [pág. 411] o F40.00 Agorafobia sin historia de trastorno de angustia [300.22] [pág. 414]).

Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia inesperada o más o menos relacionada con una situación, o bien síntomas similares a la angustia, puede no disponerse de ayuda. Los temores agorafóbicos suelen estar relacionados con un conjunto de situaciones características, entre las que se incluyen estar solo fuera de casa; mezclarse con la gente o hacer cola; pasar por un puente, o viajar en autobús, tren o automóvil.

**Nota:** Considerar el diagnóstico de fobia específica si el comportamiento de evitación se limita a una o pocas situaciones específicas, o de fobia social si tan sólo se relaciona con acontecimientos de carácter social.

Estas situaciones se evitan (p. ej., se limita el número de viajes), se resisten a costa de un malestar o ansiedad significativos por temor a que aparezca una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia, o se hace indispensable la presencia de un conocido para soportarlas.

Esta ansiedad o comportamiento de evitación no puede explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental como fobia social (p. ej., evitación limitada a situaciones sociales por miedo a ruborizarse), fobia específica (p. ej., evitación limitada a situaciones aisladas como los ascensores), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., evitación de todo lo que pueda ensuciar en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés post-traumático (p. ej., evitación de estímulos relacionados con una situación altamente estresante o traumática) o trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de abandonar el hogar o la familia).

**Figura 1. 3** Criterios diagnósticos para el episodio depresivo mayor (APA, 1995, página 333).

■ **Criterios para el episodio depresivo mayor**

Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

**Nota:** No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

(1) estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). **Nota:** En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable

(2) disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)

(3) pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. **Nota:** En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables

(4) insomnio o hipersomnia casi cada día

(5) agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)

(6) fatiga o pérdida de energía casi cada día

(7) sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo.

(8) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)

(9) pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto (v. pág. 341).

Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

### **Adaptación lingüístico-cultural de cuestionarios**

La investigación intercultural genera cada vez mayor interés, por lo que surge la necesidad de que los resultados que se obtienen en una investigación realizada en una cultura determinada sean equiparables a los resultados obtenidos en investigaciones realizadas en otra cultura diferente (Hambleton et al., 2005; Van de Vijver y Leung, 1997).

Con respecto a los instrumentos de medida utilizados en investigaciones interculturales, Hambleton (1996) propone que es mejor la adaptación de test ya existentes en lugar de elaborar nuevos instrumentos por razones tales como la rapidez, el ahorro, la experiencia técnica para la producción de test validados, la comparabilidad de resultados y evitar sesgos debidos al idioma. Es por ello, que en la presente investigación se plantea como objetivo la adaptación de un instrumento para la evaluación de la ansiedad y de la depresión.

Un aspecto importante a considerar es que los resultados obtenidos en estudios interculturales pueden verse debilitados si son evaluados con instrumentos que presentan problemas de validez debido a adaptaciones deficientes de los mismos (Barbero-García et al., 2008; Carretero-Dios y Pérez, 2007; Van De Vijver y Hambleton, 1996). Con el fin de evitar o minimizar los efectos de las diversas fuentes de error, la Comisión Internacional de Test, en adelante ITC (por sus siglas en inglés), elaboró una primera versión de una guía con 22 directrices a seguir en la adaptación de test y que se dividían en 4 categorías. En su segunda y vigente edición consta de 18 directrices a tener en cuenta en el proceso de

adaptación de test (Hernández et al., 2020; ITC, 2005, 2017; Muñiz et al., 2013; Muñiz y Hambleton, 1996). Estas directrices se clasifican en 6 áreas que se resumen a continuación:

*Pre-condiciones*

PC-1 (1) Obtener los permisos necesarios del titular de la propiedad intelectual relacionados con el test antes de llevar a cabo cualquier adaptación.

PC-2 (2) Evaluar que la cantidad de superposición en la definición y contenido del constructo a medir por el test, y el contenido de los ítems en la población de interés es suficiente para el uso o usos de las puntuaciones.

PC-3 (3) Minimizar la influencia de cualquier diferencia cultural o lingüística que sea irrelevante para el uso al que está destinado el test en la población de interés.

*Desarrollo del test*

DT-1 (4) Asegurarse de que el proceso de traducción y adaptación considera las diferencias culturales, lingüísticas y psicológicas en la población de destino, a través de la elección de expertos relevantes con las competencias relevantes.

DT-2 (5) usar apropiados diseños de traducción y procedimientos para maximizar la idoneidad de la adaptación del test en la población de destino.

DT-3 (6) Proveer evidencias de que las instrucciones y el contenido de los ítems tienen un significado similar para todas las poblaciones de destino.

DT-4 (7) Proveer evidencias de que el formato de los ítems, las escalas de calificación, categorías de puntuación, convenciones de test, modelos de administración, y otros procedimientos son idóneos para todas las poblaciones de destino.

DT-5 (8) Recoger datos piloto en el test adaptado para habilitar el análisis de datos, la medición de la confiabilidad y los estudios de validez a pequeña

escala para que puedan realizarse las revisiones necesarias a la versión adaptada.

### *Confirmación*

C-1 (9) Seleccionar una muestra con características que sean relevantes para el uso al que será destinado el test y de suficiente tamaño y relevancia para el análisis empírico.

C-2 (10) Proveer de evidencia estadística relevante acerca de la equivalencia del constructo, la equivalencia del método y la equivalencia de los ítems para todas las poblaciones de destino.

C-3 (11) Proveer de evidencia que soporte las normas, confiabilidad y validez de la versión adaptada del test en la población de destino.

C-4 (12) Usar un apropiado diseño de equidad (*equating*) y procedimientos de análisis de datos cuando se relacionen escalas de diferentes versiones lingüísticas de un test.

### *Administración*

A-1 (13) Preparar los materiales de administración y las instrucciones para minimizar cualquier problema relacionado con el lenguaje y la cultura que estén causados por procedimientos de administración y modos de respuesta que puedan afectar la validez de las inferencias realizadas a partir de las puntuaciones.

A-2 (14) Especificar las condiciones en las que debería realizarse la prueba y que deberían seguirse en todas las poblaciones de interés.

### *Escalas de puntuación e interpretación*

EPI- 1 (15) Interpretar cualquier diferencia de puntuaciones entre grupos haciendo referencia a toda la información relevante disponible.

EPI-2 (16) Solo comparar puntuaciones entre poblaciones cuando el nivel de invariabilidad haya sido establecido en la escala en la que las puntuaciones son presentadas.

### *Documentación*

Doc-1 (17) Proveer de información técnica de cualquier cambio, incluyendo una cuenta de la evidencia obtenida para soportar la equivalencia, cuando un test es adaptado para su uso en otra población.

Doc-2 (18) Proveer documentación para los usuarios del test que pueda soportar la buena práctica en el uso del test adaptado con personas en el contexto de la nueva población.

A continuación, se describe el proceso de adaptación lingüístico-cultural de un cuestionario (Balluerka et al., 2007; Balluerka y Gorostiaga, 2012; Barbero-García et al., 2008; Hambleton et al., 2005; Vergara y Balluerka, 2000):

En primer lugar, se obtienen los permisos necesarios para la adaptación del cuestionario, tras lo cual se procede a la traducción de los ítems que componen el cuestionario. Uno de los diversos métodos existentes para la traducción de los ítems es el método de traducción inversa, es decir, un equipo compuesto por al menos dos personas expertas, que conocen ambas lenguas/culturas y el procedimiento para la elaboración y adaptación de instrumentos de medida en psicología, traducen de manera individual los ítems de la versión original al idioma/cultura de destino. Una vez traducidos los ítems, se reúnen para acordar una única versión del instrumento traducido. Después, otro equipo que cumple con los mismos requisitos que las anteriores, y que no conoce los ítems originales, vuelve a traducir de manera individual los ítems de esta versión, reuniéndose posteriormente para consensuar la traducción al idioma-cultura de origen. Finalmente, en una reunión entre todos los traductores, los ítems inversamente traducidos al idioma original del cuestionario son comparados con los ítems del cuestionario original y se evalúa la adecuación de la traducción de los ítems para, en caso de estimarse necesario, realizar cambios/ajustes, en los ítems del idioma objetivo al que se pretende adaptar el cuestionario.

Una vez alcanzado el acuerdo en la traducción de los ítems al nuevo idioma-cultura, se selecciona una pequeña muestra relevante de la población de destino del instrumento adaptado, mediante muestreo de expertos, para la realización de entrevistas cognitivas acerca del mismo. Estas entrevistas permiten obtener evidencias de validez basadas en los procesos de respuesta (Elosua et al., 2014; Benítez et al., 2018; Padilla y Benítez, 2014).

Tras acordar la adecuación de la traducción de los ítems, se le da un formato y se establece un protocolo de administración del instrumento adaptado. Una vez elaborada la versión del instrumento adaptado se procede, a través de su aplicación en una muestra piloto, a realizar el análisis cualitativo y cuantitativo de los datos obtenidos en dicha aplicación.

Tras la realización de las modificaciones, en caso de que fueran necesarias, se administra el instrumento a una muestra amplia y representativa de la población objetivo, junto con una batería de instrumentos necesarios para la obtención de evidencias de validez. Los datos obtenidos de esta última administración se utilizan para determinar las propiedades psicométricas del instrumento adaptado.

En caso de que los resultados indiquen que las propiedades psicométricas del instrumento son adecuadas, se procede a la creación de los baremos normativos para la población.

### **1.2 OBJETIVOS**

El presente trabajo se llevó a cabo mediante 3 estudios que fueron realizados de forma secuencial y cuyo objetivo principal fue la adaptación al euskera del CECAD.

El objetivo del estudio 1 fue el de obtener una versión traducida al euskera de los ítems del CECAD. El estudio 2 tuvo como objetivo obtener información preliminar acerca del funcionamiento de los ítems. Para finalizar el proceso de

adaptación, el objetivo del estudio 3 fue el de determinar las propiedades psicométricas del instrumento adaptado.

### **1.3 ESTUDIO 1**

#### **1.3.1 Objetivo**

El primero de los tres estudios tuvo como objetivo obtener una versión traducida al euskera de los ítems del CECAD y evaluar la adecuación de dicha traducción. Asimismo, se pretendían examinar los procesos de respuesta de los participantes e identificar las interpretaciones que los miembros de la población objetivo realizaban de los ítems, así como analizar las posibles diferencias en tales interpretaciones en función del sexo y la edad.

#### **1.3.2 Muestra**

La muestra del estudio 1 estuvo compuesta por 16 estudiantes vasco parlantes de entre 7 y 20 años (68,75% mujeres y 31,25% hombres), que fueron seleccionados mediante muestreo de expertos a partir de 5 centros escolares de la CAPV, ubicados tanto en el entorno rural como en el entorno urbano. En la muestra se incluyeron estudiantes de todos los niveles educativos: Primaria, Secundaria, Bachillerato y Universidad.

#### **1.3.3 Instrumentos**

*Versión traducida y adaptada al euskera del CECAD.* Como ya se ha señalado anteriormente, el CECAD es un cuestionario compuesto por 50 ítems con escala tipo Likert, con 5 opciones de respuesta, que permite evaluar la existencia de trastornos de ansiedad y depresión, además de aspectos relacionados con éstos como son inutilidad, irritabilidad, problemas de pensamiento y síntomas psicofisiológicos.

**Guion para la entrevista cognitiva.** Se elaboró *ad hoc* un guion que incluía preguntas acerca de los ítems, los procesos de respuesta, el formato y las instrucciones (ver anexos 1 y 2).

### **1.3.4 Procedimiento**

Como paso previo al proceso de adaptación, se obtuvieron todos los permisos necesarios para la realización del estudio. Por un lado, se obtuvo la aprobación de TEA ediciones, y, por otro lado, el visto bueno del Comité de Ética para las Investigaciones con Seres Humanos, sus muestras y sus datos (CEISH) de la Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU).

En cuanto al proceso de adaptación, el primer paso consistió en la traducción de los ítems del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD), que se realizó como se describe a continuación. Dos miembros del equipo implicado en la adaptación tradujeron, de manera independiente, los ítems del castellano al euskera. Una vez traducidos, se reunieron y elaboraron una única versión en euskera del instrumento. Otros dos miembros del equipo que no conocían los ítems originales tradujeron al castellano los ítems consensuados en euskera, de forma independiente primero, reuniéndose después para comparar y acordar una única versión en castellano. Por último, los cuatro traductores se reunieron, compararon las dos versiones en castellano, la original y la inversamente adaptada, y evaluaron la adecuación de la traducción. Como resultado de este análisis se revisó la terminología en euskera de algunos de los ítems.

Además de proceder a la traducción de los ítems, se elaboró un guion para la entrevista cognitiva acerca del instrumento adaptado en este estudio.

Una vez que los ítems y el guion estuvieron preparados, se procedió a contactar con diferentes centros educativos de CAPV para la realización de las entrevistas cognitivas a un grupo de participantes de la población objetivo.

Previamente a la realización de las entrevistas, se recogieron los consentimientos informados de los padres, madres o tutores legales y de los participantes mayores de 11 años. Una vez recogidos los consentimientos, los participantes cumplieron el cuestionario y señalaron en el mismo las palabras/frases que no entendían o cualquier otra duda que les surgió.

Tras la administración de los cuestionarios, se realizaron las entrevistas cognitivas acerca del cuestionario, que fueron grabadas en audio y posteriormente transcritas.

### **1.3.5 Análisis de datos**

Para el análisis de los resultados de las entrevistas cognitivas se utilizaron procedimientos cualitativos centrados en detectar la existencia de términos que resultaran más complejos en la versión en euskera que en la versión en castellano y en examinar los procesos de respuesta de los participantes.

### **1.3.6 Resultados**

#### *Nivel de comprensión general del instrumento: instrucciones y escala de medida*

A partir del análisis de las entrevistas cognitivas se concluyó que los alumnos de los primeros cursos (2º, 3º y 4º de Educación Primaria) podrían tener algunas dificultades de comprensión de las instrucciones, de la escala de respuesta y de la tarea en general. Debido a estas dificultades y teniendo en cuenta las recomendaciones señaladas en el manual referentes a adaptar la forma de administración del cuestionario al momento evolutivo y el nivel comprensivo de cada persona o grupo, fue necesario leer con ellos en voz alta las instrucciones en más de una ocasión. En este sentido, no se detectaron diferencias en la comprensión general del instrumento en función del sexo.

### *Términos que generaron dificultades de comprensión*

Se detectaron dos términos que generaron cierta dificultad de comprensión en los participantes de menor edad e incluso en los mayores: *gauzaeza* (traducción al euskera de “inútil”) y *lausotu* (traducción al euskera de “nublar”). Además de estos dos términos, se detectaron otros que generaron dificultades de comprensión, pero en menor medida: *amorrúa* (rabia), *desatseginak* (molestos), *inurritzea* (hormigueo), *galarazi* (impedir). Cabe mencionar que en general, a medida que avanza la edad es menor el número de términos que generan dificultades de comprensión. Al igual que en la comprensión general del instrumento, no se detectaron diferencias en función del sexo en la percepción de estas dificultades.

### *Procesos de respuesta: interpretación de los ítems*

Uno de los objetivos de las entrevistas fue recabar información acerca de los procesos de respuesta, es decir, cuando los participantes responden a un ítem ¿cómo lo interpretan o qué es lo que tienen en mente? Así, se observó que había ítems que se interpretaban de distinta manera. Por ejemplo, en el ítem “*Lehen baino okerrago egiten dut lo*” (Duermo peor que antes) se observó que mientras para algunos participantes “antes” era unas semanas antes, para otros podía ser un año o varios años antes. Por citar otro ejemplo, en el ítem “*Asko kostatzen zait lo egitea*” (Me cuesta mucho dormir) “mucho” podía oscilar entre los 10 minutos hasta las 2 horas. No se encontraron patrones claros en estas interpretaciones ni en función de la edad, ni en función del sexo.

### **1.3.7 Conclusiones**

A partir de los resultados de las entrevistas cognitivas se decidió no modificar el contenido de ninguno de los ítems hasta comprobar el funcionamiento de los ítems en el estudio 2. Sin embargo, sí se modificaron cuestiones de formato como, por ejemplo, sombrear filas de ítems alternos para no confundir la línea en la que se responde cada uno de los ítems, y que los participantes señalaron o que se detectaron como fuente de posibles equivocaciones a la hora de

responder a los ítems. Se consideró que en caso de que en la fase piloto (estudio 2) se detectaran ítems que no funcionaran como es debido, la información recabada en las entrevistas podría ser relevante para tomar las decisiones pertinentes relacionadas, sobre todo, con la modificación de algunos términos en los ítems y la decisión del rango de edad al que puede estar destinado el instrumento en la población de vascoparlantes.

## **1.4 ESTUDIO 2**

### **1.4.1 Objetivo**

En el estudio 1 se detectaron términos incluidos en los ítems que podían resultar difíciles. Sin embargo, se consideró necesario recabar evidencias del funcionamiento de dichos ítems en una muestra mayor que la utilizada en las entrevistas para poder tomar decisiones al respecto. Por ello, el objetivo de este segundo estudio, siguiendo con el proceso de adaptación del CECAD, fue obtener información preliminar acerca del funcionamiento de los ítems.

### **1.4.2 Muestra**

En este segundo estudio participaron 108 estudiantes vascoparlantes de entre 7 y 22 años, con un 57,4 % de chicas y un 42,6% de chicos, seleccionados mediante muestreo intencional, tanto del entorno rural como del entorno urbano. Los participantes procedían de 8 centros educativos de la CAPV. Con respecto al nivel educativo, el 26% cursaban Educación Primaria; el 37% Enseñanza Secundaria Obligatoria; el 15,7% Bachillerato; y el 21,3% estudios universitarios.

### **1.4.3 Instrumentos**

*Versión traducida y adaptada al euskera del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y depresión (CECAD).* Esta versión incorporó los cambios de formato derivados del estudio 1.

#### **1.4.4 Procedimiento**

Al igual que en el Estudio 1, en primer lugar, se contactó con los centros escolares seleccionados y se inició el proceso de recogida de los consentimientos informados de los padres, madres o tutores legales de los menores de edad. En el caso de los alumnos mayores de 11 años, se obtuvo también su propio consentimiento informado para la participación en el estudio.

Una vez recogidos todos los consentimientos se acordaron los días y horas de administración de los cuestionarios. En todos los casos la administración del cuestionario se realizó en el centro educativo de los estudiantes, en horario lectivo y en el aula propuesta por el centro. En el momento de la administración del cuestionario, se pidió a los participantes que, además de cumplimentarlo, indicaran si tenían dificultades en la comprensión de alguno/s de los ítems.

#### **1.4.5 Análisis de datos**

Se utilizaron procedimientos cualitativos y cuantitativos de análisis de datos. Con respecto a los procedimientos cualitativos, se examinaron los ítems o términos que generaron dificultades de comprensión. Con respecto a los procedimientos cuantitativos, se hallaron los estadísticos descriptivos de los ítems: media y desviación típica. Asimismo, se calcularon las correlaciones de cada uno de los ítems con respecto al total de los ítems de su misma dimensión, eliminando el propio ítem (índices de homogeneidad ajustados) y se tuvo en cuenta la tasa de no respuesta de cada ítem.

#### **1.4.6 Resultados**

En este segundo estudio las medias de los ítems oscilaron entre 1,41 y 3,48. En el caso de las desviaciones típicas los valores oscilaron entre 0,57 y 1,13.

En cuanto a los resultados de los análisis de las correlaciones ítem-total, 15 ítems tuvieron que ser modificados por mostrar una correlación menor de 0,30 con algunas de las escalas o aspectos clínicos. Así, 5 de estos ítems mostraron

una baja correlación con su escala (ansiedad o depresión) de pertenencia. Otros 3 ítems mostraron una baja correlación con el aspecto clínico evaluado por dicho ítem (irritabilidad, inutilidad, síntomas psicofisiológicos o problemas de pensamiento). Finalmente, 5 ítems mostraron una baja correlación tanto con la escala como con el aspecto clínico.

Por último, 2 de los ítems fueron modificados ya que mostraron una tasa de no respuesta superior al 10%. La modificación de dichos ítems se realizó teniendo en cuenta la información obtenida en las entrevistas cognitivas realizadas en el estudio 1, así como la información obtenida a lo largo de este segundo estudio.

Asimismo, se detectaron 3 ítems que no fueron modificados puesto que mostraban unas correlaciones adecuadas tanto con la escala correspondiente como con el aspecto clínico, pero que, sin embargo, parecían requerir una especial atención en el tercer estudio. Dos de estos ítems contenían un término por el que se consultaba a menudo durante la aplicación (*gauzaeza* y *galarazten*). Y un último ítem creaba confusión entre los alumnos de 2º, 3º y 4º de Primaria, por referirse a una sensación o situación personal que no comprendían. El ítem en cuestión es “Hutsa sentitzen naiz” (Me siento vacío).

Otro resultado cualitativo a tener en cuenta fue la especial atención y ayuda que necesitaron los alumnos más jóvenes a la hora de cumplimentar el cuestionario.

#### **1.4.7 Conclusiones**

Varios ítems tuvieron que ser modificados por su baja correlación con el total de su escala de pertenencia, puesto que contenían términos o afirmaciones que podían crear confusión.

Las modificaciones necesarias se realizaron teniendo en cuenta la información obtenida tanto en las entrevistas cognitivas como a lo largo del segundo estudio.

Además de los análisis cuantitativos, cuyos resultados pusieron de manifiesto las dificultades y/o carencias de la primera versión traducida de los ítems, resultaron de gran utilidad los análisis cualitativos derivados de las entrevistas cognitivas realizadas en el estudio 1.

## **1.5 ESTUDIO 3**

### **1.5.1 Objetivo**

Este tercer estudio tuvo como objetivo examinar las propiedades psicométricas del instrumento. Más concretamente, pretendía obtener los índices de fiabilidad basados en la consistencia interna y en la estabilidad temporal, examinar su estructura factorial, así como, obtener evidencias de validez de constructo, de validez convergente y de validez externa basados en la relación entre las dimensiones del CECAD y otras variables. Además, se pretendían elaborar los baremos normativos del nuevo instrumento y redactar el manual de aplicación del mismo.

### **1.5.2 Muestra**

En el tercer y último estudio se recogió información a partir de dos muestras, una muestra normativa o general y una muestra clínica. La muestra normativa estaba compuesta por 1328 estudiantes de entre 7 y 44 años, con una media de edad de 12,44 años y una desviación típica de 4,2 años. Estos estudiantes fueron seleccionados mediante muestreo intencional a partir de 14 centros educativos de la CAPV. Para ello, se tuvieron en cuenta la distribución del sexo, el nivel educativo, la ubicación del centro educativo y que hubiera tanto centros públicos como privados, con el fin de garantizar la representatividad de la muestra. Así, el 57% de la muestra estuvo compuesta por mujeres y el 43% por hombres (Figura 1.4).

## Sexo



**Figura 1.4** Distribución de la muestra normativa por sexo

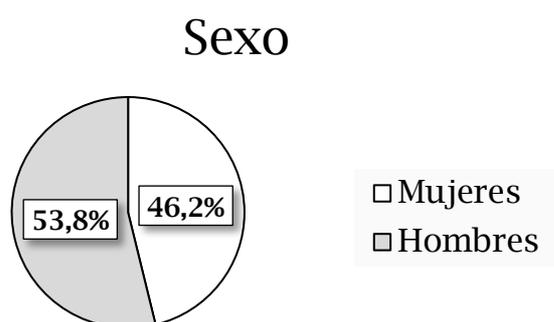
La distribución de la muestra normativa por nivel educativo, es decir, Primaria, ESO 1 (1º y 2º de Educación Secundaria Obligatoria), ESO 2 (3º y 4º Educación Secundaria Obligatoria), Bachillerato y Universidad, se presenta en la Tabla 1.3.

**Tabla 1.3** Distribución de la muestra normativa por nivel educativo.

Nivel educativo	N	%
Primaria	729	54,9
ESO 1	138	10,4
ESO 2	142	10,7
Bachillerato	196	14,8
Universitarios	123	9,3

Por su parte, la muestra clínica estuvo compuesta por 26 personas diagnosticadas con trastornos como TDAH, TDA sin hiperactividad, anorexia nerviosa, depresión leve, trastorno de adaptación o, se encontraban en proceso de valoración por parte de un servicio de Salud Mental. Así, de entre los 26 participantes el 53,8% fueron hombres y el 46,2% mujeres, con edades comprendidas entre los 8 y los 18 años, con una media de edad de 13,12 años y una desviación típica de 2,8 años.

A continuación, se presentan, por un lado, la distribución de la muestra clínica por sexo en la Figura 1.5 y, por otro lado, la distribución de la muestra clínica con respecto al nivel educativo en la Tabla 1.4, en este último caso hay que remarcar que dos personas no quisieron indicar su nivel educativo, por lo tanto, los porcentajes que se presentan se calculan sobre una muestra de 24.



**Figura 1.5** Distribución de la muestra clínica por sexo

**Tabla 1. 4** Distribución de la muestra clínica por nivel educativo.

Nivel educativo	N	Porcentaje
Primaria	12	50
ESO 1	5	20,8
ESO 2	6	25
Bachillerato	1	4,2

### 1.5.3 Instrumentos

*Versión traducida y adaptada al euskera del Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD).* Esta versión reflejó las modificaciones realizadas en el estudio 2.

*Haurren Depresioa Neurtzeko Galdesorta (Balluerka et al., 2012).* Tal y como se ha descrito anteriormente, este cuestionario evalúa la depresión en niños y

adolescentes de entre 8 y 16 años y constituye la adaptación al euskera de la Children's Depression Scale (CDS. Lang y Tisher, 1978). La evaluación de la depresión se realiza a través de 66 ítems con escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta, que oscilan entre *Oso desados* (totalmente en desacuerdo) y *Oso ados* (totalmente de acuerdo). Los 66 ítems miden dos dimensiones: 48 ítems evalúan la dimensión Depresiva y 18 ítems evalúan la dimensión Positiva. Los ítems de la dimensión Depresiva evalúan las respuestas afectivas negativas, la dificultad en las interacciones sociales, la tendencia al aislamiento, a la soledad, los sentimientos negativos y, sueños y fantasías relacionados con la enfermedad y la muerte. En cuanto a los ítems de la dimensión Positiva, se refieren a la ausencia de alegría, de diversión y de felicidad en la vida del niño o, a su incapacidad para experimentar estos sentimientos. La versión en euskera del instrumento, evaluada en una muestra compuesta por 886 niños y adolescentes, presentó adecuadas propiedades psicométricas. Más concretamente, el análisis factorial exploratorio presentó una estructura de dos factores que explicaba en total el 29,86 % de la varianza. La dimensión Depresiva presentaba un alfa de Cronbach de 0,95 y en el caso de la dimensión Positiva el alfa de Cronbach fue de 0,79. Por su parte, la correlación test-retest fue de 0,73 para la dimensión Depresiva y de 0,59 para la dimensión Positiva. El instrumento también mostró adecuadas evidencias de validez de relación con otras variables. Finalmente, en cuanto a los datos de consistencia interna en el presente estudio, los índices alfa de Cronbach fueron 0,80 para la dimensión Positiva y 0,94 para la Depresiva.

*Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes (SENA, Fernández-Pinto et al., 2016)*. Se trata de un instrumento destinado a la detección de un amplio espectro de problemas emocionales y de conducta desde los 3 hasta los 18 años. En este estudio se utilizó la versión de autoinforme dirigida a adolescentes de entre 12 y 18 años. La aplicación del instrumento se puede realizar tanto de forma colectiva como de forma individual, y la aproximadamente se necesitan entre 30

y 45 minutos para la cumplimentación del cuestionario. La versión de autoinforme, que fue aplicada a los estudiantes de Bachillerato de la muestra (N=196), está compuesta por 188 ítems con escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta, desde 1 (nunca o casi nunca) hasta 5 (siempre o casi siempre). En relación con las características psicométricas del autoinforme para secundaria, los datos aportados en el manual indican una elevada consistencia interna, aportando valores de alfa de Cronbach para las escalas que oscilan entre 0,63 y 0,97 en las diferentes muestras de la población general y entre 0,71 y 0,97 en la muestra clínica. Asimismo, aportan evidencias de la estabilidad temporal de las puntuaciones, ya que la correlación test-retest para las escalas y los índices del SENA fue superior a 0,82 en todos los casos. Finalmente, en el manual se aportan evidencias de validez de contenido del test, así como de validez convergente, mediante las correlaciones entre el SENA y el BASC. En el presente estudio no se utilizó el autoinforme en su totalidad, sino que se utilizaron las escalas de Ansiedad, Depresión, Autoestima, Problemas de control de la ira y Quejas somáticas, que constan de 10, 15, 8, 8 y 9 ítems, respectivamente.

*Instrumento de evaluación de la victimización (ISEI-IVEI, 2012)* en su versión en euskera. Para evaluar la victimización escolar, se utilizó un instrumento que evalúa 19 conductas que se clasifican en 6 tipos de maltrato: maltrato verbal, exclusión social, maltrato físico, agresión a las pertenencias, cyberbullying y agresión sexual. Este último tipo de maltrato solo se evalúa mediante una pregunta, y solo se aplica en los alumnos de Educación Secundaria. La versión completa de este cuestionario permite evaluar el acoso escolar desde tres perspectivas, la perspectiva del acosador, de la víctima y del observador. Así, el mismo ítem se presenta de tres formas, por ejemplo, para evaluar la conducta de maltrato “no dejar participar” tendríamos “no me dejan participar”, “no le dejo participar” y “no le dejan participar”. Sin embargo, en este estudio se ha utilizado la versión que evalúa la perspectiva de la víctima. Para ello, los participantes indican con qué frecuencia han sido víctimas de las conductas antes indicadas en el curso

actual, siendo las opciones de respuesta nunca, a veces, a menudo y siempre. De estos datos se calcula el índice general de maltrato, que expresa el porcentaje de personas que han sufrido al menos una de las conductas con una frecuencia de “a menudo” o “siempre”. En este estudio la victimización fue evaluada en los alumnos de 5º y 6º curso de Primaria y de 1º a 4º curso de Educación Secundaria (N=529). En cuanto a los datos de consistencia interna en el presente estudio, al alfa de Cronbach fue de 0,85.

**Cuestionario de variables sociodemográficas.** Se trata de un instrumento que se elaboró *ad hoc* para este estudio e incluía variables tales como el sexo, la edad, el centro en el que estudia el participante, el curso, etc.

#### **1.5.4 Procedimiento**

Este tercer estudio se inició contactando con los centros escolares y obteniendo las autorizaciones y los consentimientos informados necesarios para la administración del cuestionario adaptado y el resto de los instrumentos necesarios para la obtención de evidencias de validez. Así, una vez obtenidos los permisos, se procedió a su administración en la muestra, amplia y representativa de la población objetivo.

Al cabo de 4 semanas de la primera aplicación, una submuestra compuesta por 75 participantes cumplimentó el CECAD por segunda vez.

En el caso de la muestra clínica, el procedimiento de contacto y recogida de datos se realizó por dos vías.

Por un lado, se contactó con un psicólogo clínico del área de salud mental del Servicio Vasco de Salud/Osakidetza, que accedió a informar a los pacientes sobre el estudio. En los casos en los que accedían a participar en el estudio, se contactaba con los participantes y se concretaba una fecha y hora para la reunión. En dicha reunión se informaba, tanto al menor como a sus padres o tutor legal, sobre el estudio, la confidencialidad de los datos obtenidos y la voluntariedad de participar en el mismo. Tras la recogida de los consentimientos informados, tanto

de los padres como del menor, se procedía a la recogida de datos sin la presencia de los padres.

Por otro lado, se contactó con la Asociación de Déficit de Atención con Hiperactividad de Guipúzcoa (ADAHigi) para informarles acerca del estudio. Dicha asociación accedió a hacer llegar la hoja informativa junto con los consentimientos informados a todas las familias miembros de la asociación. En los casos en que aceptaron participar en el estudio, se concertó una cita con los menores y sus padres o tutores legales. Tras informarles acerca del estudio, de la naturaleza voluntaria del mismo, y de la confidencialidad de los datos recogidos, se recogieron los consentimientos informados y se realizó la recogida de datos a solas con el menor.

Para finalizar el proceso de adaptación, una vez examinadas las propiedades psicométricas del instrumento, se procedió a la elaboración de los baremos y a redactar el manual de aplicación.

### **1.5.5 Análisis de datos**

En primer lugar, con el fin de comprobar la idoneidad y las características psicométricas de los ítems, se calcularon los estadísticos descriptivos univariados (media y desviación típica) de los ítems del cuestionario adaptado.

En segundo lugar, con el objetivo de examinar la fiabilidad del cuestionario se calcularon los índices de homogeneidad, así como los índices alfa de Cronbach resultantes de la eliminación de cada uno de los ítems de su escala. Se analizó la consistencia interna del cuestionario, tanto para las escalas Ansiedad y Depresión, como para los aspectos clínicos evaluados por el CECAD. Estos análisis se realizaron en el total de la muestra y en 5 grupos divididos por nivel educativo: Educación Primaria, 1º y 2º de Educación Secundaria, 3º y 4º de Educación Secundaria, Bachillerato y Universitarios.

En tercer lugar, se examinó la estabilidad temporal del CECAD con el cálculo de los coeficientes de correlación de Pearson de los datos recogidos en el test y el retest.

En cuarto lugar, se realizaron análisis factoriales confirmatorios, tanto de un factor como de dos factores, a partir de la estructura bidimensional (Ansiedad-Depresión) del CECAD en castellano, con el método de Estimación de Mínimos Cuadrados Ponderados Robustos (WLSMV). En este caso los análisis se realizaron tanto para el total de la muestra como divididos en dos grupos, por nivel educativo: un grupo incluía a los estudiantes desde educación primaria hasta primer ciclo de educación secundaria (hasta 2º curso) y, el otro grupo estuvo compuesto por estudiantes de segundo ciclo de secundaria (desde 3º curso), Bachillerato y universitarios. Asimismo, se realizaron análisis factoriales confirmatorios unidimensionales para cada uno de los 4 aspectos clínicos evaluados (Inutilidad, Irritabilidad, Síntomas psicofisiológicos y Problemas de pensamiento).

En quinto lugar, se calcularon las correlaciones de Pearson de las puntuaciones del CECAD, tanto de las escalas de Ansiedad y Depresión como de los aspectos clínicos de Inutilidad, Irritabilidad, Problemas de pensamiento y Síntomas psicofisiológicos, con las puntuaciones obtenidas en las escalas equivalentes del CDS y el SENA, con el fin de obtener evidencias de validez convergente.

En sexto lugar, se calcularon las diferencias en función del sexo, el grupo de edad, la victimización y la pertenencia a la muestra clínica o normativa, tanto con las escalas ansiedad y depresión como en los aspectos clínicos del CECAD, a fin de obtener evidencias de validez de relación con otras variables. Para calcular estas diferencias, la variable edad se recodificó en tres rangos (estos tres rangos se utilizaron asimismo en la elaboración de los baremos normativos): 1) Educación Primaria, 2) Educación Secundaria Obligatoria y 3) Estudiantes de Bachillerato y universitarios. Así, las diferencias en función del sexo y el grupo de edad se calcularon a través de un MANOVA factorial sobre las puntuaciones de

las escalas de Ansiedad y Depresión y los aspectos clínicos. Se realizó, asimismo, la prueba de Tukey de comparaciones múltiples a posteriori para los distintos grupos de edad.

A fin de analizar las diferencias en función de la victimización, se crearon dos grupos. Un grupo incluía a los alumnos que respondieron “a menudo” o “siempre” en alguna de las conductas de maltrato (N=76) y el otro grupo incluía a los que no habían sufrido conductas de maltrato (N=453). Se realizó una comparación de medias entre los dos grupos con el estadístico  $t$  y el índice  $d$  de Cohen.

Finalmente, para evaluar las diferencias entre muestra clínica y no clínica se seleccionó una submuestra al azar a partir de la muestra normativa, emparejada con la muestra clínica en función del sexo y la edad. En este caso también se realizó una comparación de medias con el estadístico  $t$  y el índice  $d$  de Cohen.

### **1.5.6 Resultados**

En este último estudio, los ítems se presentan codificados, para preservar la confidencialidad de la información acerca de los mismos. Por un lado, los ítems que evalúan la Ansiedad se han codificado desde A1 hasta A20. Por otro lado, los ítems incluidos en el factor Depresión, se han codificado desde D1 hasta D29.

#### *Análisis de los ítems*

En la Tabla 1.5 se presentan las medias y desviaciones típicas (DT) de los ítems de la escala Ansiedad (A) y de los ítems de la escala Depresión (D).

La media en la escala Ansiedad osciló entre 1,51 y 2,79, con valores de desviación típica entre 0,72 y 1,24. La puntuación media en los ítems de la escala Depresión osciló entre 1,15 y 2,73, con desviaciones típicas de entre 0,51 y 1,17. Las medias de los ítems, en general, están por debajo del punto medio de la escala, lo que puede ser debido a que se trabaja con población no clínica, si bien

la variabilidad de los ítems está muy próxima a la unidad, lo que parece indicar que la muestra representa distintos valores del constructo.

**Tabla 1. 5** Análisis de los ítems de las escalas del CECAD: Ansiedad (A) y Depresión (D)

ANSIEDAD			DEPRESIÓN		
Ítem	Media	DT	Ítem	Media	DT
A 01	2,79	0,722	D 01	1,70	0,805
A 02	2,16	0,932	D 02	1,15	0,515
A 03	2,11	1,062	D 03	2,15	0,958
A 04	1,51	0,831	D 04	2,28	1,103
A 05	2,23	0,944	D 05	2,46	1,037
A 06	2,36	1,191	D 06	2,28	1,094
A 07	1,57	0,820	D 07	1,95	1,172
A 08	1,58	0,895	D 08	2,73	0,890
A 09	2,11	0,996	D 09	1,62	0,842
A 10	1,64	0,867	D 10	1,96	0,898
A 11	2,09	0,974	D 11	1,86	0,936
A 12	1,63	0,907	D 12	2,15	1,086
A 13	2,19	1,034	D 13	2,02	0,835
A 14	1,85	0,934	D14	1,78	0,913
A 15	2,29	1,094	D 15	1,37	0,754
A 16	1,53	0,888	D 16	2,18	31,027
A 17	2,87	1,243	D 17	2,05	0,988
A 18	1,67	0,937	D 18	2,47	1,038
A 19	2,13	1,021	D 19	2,58	1,025

A 20	1,77	0,920	D 20	2,28	1,174
			D 21	2,19	1,017
			D 22	2,18	0,982
			D 23	2,54	0,969
			D 24	1,88	0,953
			D 25	1,58	0,879
			D 26	1,96	1,005
			D 27	2,12	0,886
			D 28	1,50	0,833
			D 29	1,47	0,843

#### *Análisis de la fiabilidad*

Los resultados de los estadísticos total-elemento se presentan en la Tabla 1.6. Más concretamente, se muestran los índices de homogeneidad de cada uno de los ítems con su escala de pertenencia, así como, el alfa de Cronbach resultante de la eliminación de cada uno de los elementos.

En relación con los índices de homogeneidad, los resultados fueron adecuados encontrando solo en dos de los ítems de la escala Ansiedad, valores menores pero cercanos a 0,30.

Los resultados encontrados en los análisis de fiabilidad en relación con la consistencia interna nos sugieren que esta versión en euskera del CECAD permite discriminar y escalar de forma adecuada a los sujetos a los que se ha administrado.

Asimismo, cada uno de los ítems contribuye a la fiabilidad del cuestionario, es decir, no se encontró ningún ítem cuya eliminación contribuyera al aumento en la fiabilidad del cuestionario.

**Tabla 1. 6** Estadísticos total-elemento

ANSIEDAD			DEPRESIÓN		
Ítem	IH	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento	Ítem	IH	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
A 01	0,285	0,832	D 01	0,425	0,906
A 02	0,406	0,827	D 02	0,314	0,908
A 03	0,404	0,827	D 03	0,434	0,906
A 04	0,433	0,826	D 04	0,398	0,907
A 05	0,367	0,829	D 05	0,448	0,906
A 06	0,415	0,827	D 06	0,441	0,906
A 07	0,400	0,827	D 07	0,406	0,907
A 08	0,401	0,827	D 08	0,422	0,906
A 09	0,288	0,832	D 09	0,541	0,905
A 10	0,370	0,828	D 10	0,486	0,905
A 11	0,385	0,828	D 11	0,608	0,903
A 12	0,415	0,827	D 12	0,569	0,904
A 13	0,517	0,821	D 13	0,380	0,907
A 14	0,376	0,828	D 14	0,496	0,905
A 15	0,558	0,819	D 15	0,500	0,905
A 16	0,487	0,823	D 16	0,589	0,903
A 17	0,390	0,829	D 17	0,567	0,904
A 18	0,358	0,829	D 18	0,379	0,907
A 19	0,457	0,824	D 19	0,500	0,905
A 20	0,469	0,824	D 20	0,514	0,905
			D 21	0,534	0,904

D 22	0,400	0,907
D 23	0,504	0,905
D 24	0,351	0,908
D 25	0,562	0,904
D 26	0,547	0,904
D 27	0,583	0,904
D 28	0,572	0,904
D 29	0,577	0,904

*Consistencia interna*

En la Tabla 1.7 se presentan el alfa de Cronbach de cada una de las escalas, es decir, Ansiedad (A) y Depresión (D), así como de los aspectos clínicos, es decir, Inutilidad (IN), Irritabilidad (IR), Problemas de pensamiento (PP) y Síntomas psicofisiológicos (SP) evaluados por el CECAD.

**Tabla 1. 7** Consistencia interna del CECAD

Grupo	ESCALAS		ASPECTOS CLÍNICOS			
	A 20 ítems	D 29 ítem	IN 8 ítems	IR 6 ítems	PP 7 ítems	SP 16 ítems
PRI	0,81	0,89	0,75	0,74	0,68	0,75
ESO 1	0,83	0,92	0,83	0,79	0,72	0,80
ESO 2	0,88	0,94	0,87	0,79	0,76	0,85
BACH	0,85	0,92	0,84	0,81	0,78	0,80
UNI	0,88	0,92	0,84	0,83	0,77	0,87
<b>TOTAL</b>	<b>0,83</b>	<b>0,91</b>	<b>0,80</b>	<b>0,77</b>	<b>0,71</b>	<b>0,78</b>

Los valores de alfa para cada una de las escalas y aspectos clínicos evaluados fueron adecuados. Se observa que en el rango de edad inferior los coeficientes son ligeramente más bajos, y específicamente, en el aspecto clínico de Problemas de pensamiento (PP) el índice es algo inferior a 0,70.

#### *Estabilidad temporal*

En cuanto a la estabilidad temporal del instrumento, en la Tabla 1.8 se presentan las correlaciones test-retest de las variables evaluadas.

**Tabla 1. 8** Correlación test-retest

<b>Escalas/aspectos clínicos del CECAD</b>	<b>Correlación test-retest</b>	<b>p</b>
Ansiedad	0,636	< 0,001
Depresión	0,683	< 0,001
Inutilidad	0,672	< 0,001
Irritabilidad	0,699	< 0,001
Problemas de pensamiento	0,382	< 0,001
Síntomas psicofisiológicos	0,648	< 0,001

Los resultados muestran correlaciones significativas en las dos escalas y en todos los aspectos clínicos. Los tamaños del efecto asociados a dichas relaciones fueron altos en todos ellos excepto, en el aspecto clínico Problemas de pensamiento para el cual la magnitud del efecto fue moderada.

#### *Validez de constructo*

En la Tabla 1.9 se muestran las correlaciones entre las escalas, es decir, Ansiedad (A) y Depresión (D) y, los aspectos clínicos evaluados por el CECAD, es decir, Inutilidad (IN), Irritabilidad (IR), Problemas de pensamiento (PP) y Síntomas psicofisiológicos (SP).

En todos los casos se dan correlaciones significativas, con tamaños del efecto entre moderadas ( $r = 0,55$  entre Inutilidad e Irritabilidad) y muy altas ( $r = 0,93$  entre ansiedad y síntomas psicofisiológicos).

**Tabla 1. 9** Correlaciones entre los factores y los aspectos clínicos

	ESCALAS		ASPECTOS CLINICOS			
	A	D	IN	IR	PP	SP
A	1	0,72 <sup>***</sup>	0,60 <sup>***</sup>	0,58 <sup>***</sup>	0,72 <sup>***</sup>	0,93 <sup>***</sup>
D		1	0,87 <sup>***</sup>	0,79 <sup>***</sup>	0,83 <sup>***</sup>	0,70 <sup>***</sup>
In			1	0,55 <sup>***</sup>	0,66 <sup>***</sup>	0,56 <sup>***</sup>
Ir				1	0,59 <sup>***</sup>	0,57 <sup>***</sup>
Pr Pe					1	0,63 <sup>***</sup>

<sup>\*\*\*</sup> $p < 0,001$

*Validez factorial*

A continuación, se muestran los índices de ajuste del modelo de un factor (Tabla 1.10) y del modelo de dos factores (Tabla 1.11), tanto para el total de la muestra como para dos grupos de edad (de 7 a 14 años y mayores de 14 años).

En el modelo de dos factores, para la ansiedad y la depresión, los índices de ajuste son mejores que los del modelo unifactorial.

**Tabla 1. 10** Índices de ajuste del modelo de un factor para el total y por grupos de edad

Grupo	$\chi^2$	gl	RMSEA (IC 90% RMSEA)	CFI	TLI	WRMR
7-14 años N=867	3315,027***	1127	0,047 (0,045-0,049)	0,896	0,892	1,665
Mayores de 14 años N=461	3480,036***	1127	0,067 (0,065-0,070)	0,852	0,845	1,775
Total (N=1328)	5952,256***	1127	0,057 (0,055-0,058)	0,865	0,859	2,177

\*\*\*  $p < 0,001$ . gl = Grados de libertad; RMSEA = Root Mean Square Error of Approximation - raíz cuadrada del error cuadrático medio; CFI = Comparative Fit Index - índice de ajuste comparativo; TLI = Tucker-Lewis Index; WRMR = Weighted Root Mean Square Residual - Raíz cuadrada residual media ponderada

**Tabla 1. 11** Índices de ajuste del modelo de dos factores para el total y por grupos de edad

Grupo	$\chi^2$	gl	RMSEA (IC 90% RMSEA)	CFI	TLI	WRMR
7-14 años (N=867)	3088,069***	1126	0,045 (0,043-0,047)	0,907	0,903	1,596
Mayores de 14 años (N=461)	3149,449***	1126	0,062 (0,060-0,065)	0,872	0,867	1,672
Total (N=1328)	5279,349***	1126	0,053 (0,051-0,054)	0,884	0,879	2,040

\*\*\*  $p < 0,001$ . gl = Grados de libertad; RMSEA = Root Mean Square Error of Approximation - raíz cuadrada del error cuadrático medio; CFI = Comparative Fit Index - índice de ajuste comparativo; TLI = Tucker-Lewis Index; WRMR = Weighted Root Mean Square Residual - Raíz cuadrada residual media ponderada

En lo referente a la validez factorial de cada uno de los aspectos clínicos evaluados por el CECAD, a continuación, se presentan los índices de ajuste para Inutilidad (Tabla 1.12), Irritabilidad (Tabla 1.13), Problemas de pensamiento (Tabla

1.14) y Síntomas psicofisiológicos (Tabla 1.15), tanto en el total de la muestra como en ambos grupos.

**Tabla 1. 12** Índices de ajuste de la escala de inutilidad

Grupo	X <sup>2</sup>	gl	RMSEA (IC 90% RMSEA)	CFI	TLI	WRMR
7-14 años (N=867)	145,796***	20	0,085 (0,072- 0,098)	0,959	0,943	1,220
Mayores de 14 años (N=461)	176,022***	20	0,130 (0,113-0,148)	0,962	0,946	1,351
Total (N=1328)	315,684***	20	0,106 (0,095- 0,116)	0,952	0,933	1,757

\*\*\*  $p < 0,001$ . gl = Grados de libertad; RMSEA = Root Mean Square Error of Approximation - raíz cuadrada del error cuadrático medio; CFI = Comparative Fit Index - índice de ajuste comparativo; TLI = Tucker-Lewis Index; WRMR = Weighted Root Mean Square Residual - Raíz cuadrada residual media ponderada

**Tabla 1. 13** Índices de ajuste de la escala de irritabilidad

Grupo	X <sup>2</sup>	gl	RMSEA (IC 90% RMSEA)	CFI	TLI	WRMR
7-14 años (N=867)	150,429***	9	0,135 (0,116- 0,154)	0,933	0,888	1,550
Mayores de 14 años (N=461)	157,187***	9	0,189 (0,164- 0,215)	0,925	0,875	1,530
Total (N=1328)	291,305***	9	0,154 (0,139- 0,169)	0,928	0,880	2,104

\*\*\*  $p < 0,001$ . gl = Grados de libertad; RMSEA = Root Mean Square Error of Approximation - raíz cuadrada del error cuadrático medio; CFI = Comparative Fit Index - índice de ajuste comparativo; TLI = Tucker-Lewis Index; WRMR = Weighted Root Mean Square Residual - Raíz cuadrada residual media ponderada

**Tabla 1. 14** Índices de ajuste de la escala de problemas de pensamiento por grupos de edad

Grupo	X <sup>2</sup>	gl	RMSEA (IC 90% RMSEA)	CFI	TLI	WRMR
7-14 años (N=867)	73,187***	14	0,070 (0,055-0,086)	0,959	0,939	0,991
Mayores de 14 años (N=461)	43,074**	14	0,067 (0,045-0,090)	0,983	0,974	0,708
Total (N=1328)	139,118**	14	0,082 (0,070-0,095)	0,955	0,933	1,336

\*\*\*  $p < 0,001$ . gl = Grados de libertad; RMSEA = Root Mean Square Error of Approximation - raíz cuadrada del error cuadrático medio; CFI = Comparative Fit Index - índice de ajuste comparativo; TLI = Tucker-Lewis Index; WRMR = Weighted Root Mean Square Residual - Raíz cuadrada residual media ponderada

**Tabla 1. 15** Índices de ajuste de la escala de síntomas psicofisiológicos por grupos de edad

Grupo	X <sup>2</sup>	gl	RMSEA (IC 90% RMSEA)	CFI	TLI	WRMR
7-14 años (N=867)	534,740**	104	0,069(0,063-0,075)	0,857	0,835	1,555
Mayores de 14 años (N=461)	902,555**	104	0,129 (0,121-0,137)	0,785	0,752	2,074
Total (N=1328)	1149,312**	104	0,087 (0,083-0,092)	0,821	0,793	2,248

\*\*\*  $p < 0,001$ . gl = Grados de libertad; RMSEA = Root Mean Square Error of Approximation - raíz cuadrada del error cuadrático medio; CFI = Comparative Fit Index - índice de ajuste comparativo; TLI = Tucker-Lewis Index; WRMR = Weighted Root Mean Square Residual - Raíz cuadrada residual media ponderada

En general, tal y como se puede observar en las tablas 2.10 a 2.13 los aspectos clínicos de Inutilidad, Irritabilidad y Problemas de pensamiento muestran índices de ajuste (CFI) adecuados, siendo todos ellos superiores a 0,90. Sin embargo, en el caso de los Síntomas fisiológicos, el ajuste del modelo no podría considerarse adecuado.

*Validez convergente*

En la Tabla 1.16 se presentan los resultados de las correlaciones entre las puntuaciones obtenidas en el CECAD con las puntuaciones obtenidas en el CDS y el SENA.

**Tabla 1. 16** Validez convergente de los factores y de los aspectos clínicos del CECAD

<b>Factores/aspectos clínicos</b>	<b>R</b>	<b>p</b>
Depresión CECAD-Total Depresiva CDS (N=1089)	0,719	< 0,001
Depresión CECAD- Depresión SENA (N=193)	0,755	< 0,001
Ansiedad CECAD-Ansiedad SENA (N=191)	0,650	< 0,001
Inutilidad CECAD- Autoestima SENA (N=194)	-0,691	< 0,001
Irritabilidad CECAD- Problemas de control de la ira SENA (N=193)	0,621	< 0,001
Síntomas psicofisiológicos CECAD- Quejas somáticas SENA (N=194)	0,781	< 0,001

Las correlaciones obtenidas van en el sentido esperado además de tener magnitudes elevadas, lo que aporta evidencias de la validez convergente del CECAD.

*Validez de relación con otras variables*

En la Tabla 1.17 se presentan los resultados para las diferencias en función del grupo de edad, tanto para los factores principales como para los aspectos clínicos.

**Tabla 1. 17** Diferencias en la relación con otras variables entre los grupos de edad

	PRIMARIA	ESO
ESO	Ansiedad	
BACHILLERATO Y UNIVERSITARIOS	Depresión	Depresión
	Ansiedad	Inutilidad
	Inutilidad	Irritabilidad
	Irritabilidad	Problemas de pensamiento
	Problemas de pensamiento	

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,001$ ) en función del grupo de edad. Más concretamente, la prueba de Tukey de comparaciones a posteriori mostró diferencias estadísticamente significativas en la escala Ansiedad entre el grupo de Primaria y el grupo de educación secundaria (ESO); por otro lado, en Depresión, Ansiedad, Inutilidad, Irritabilidad y Problemas de pensamiento entre el grupo de Primaria y el grupo Bachillerato-Universitarios; y por último, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en función del grupo de edad en Depresión, Inutilidad, Irritabilidad y Problemas de pensamiento entre los grupos de Bachillerato-Universitarios y el grupo de educación secundaria (ESO). Así, en todas las variables las puntuaciones eran más altas en el grupo de mayor edad, excepto en Ansiedad en la que el grupo de menor edad presentó puntuaciones más altas. Sin embargo, de acuerdo con el

estadístico *d* de Cohen, las diferencias encontradas presentaron tamaños del efecto entre reducidos y moderados.

En cuanto a las diferencias en función del sexo, en la Tabla 1.18 se resumen las diferencias estadísticamente significativas entre varones y mujeres dentro de cada grupo de edad.

**Tabla 1. 18** Diferencias por sexo en cada grupo de edad

	<b>D</b>	<b>A</b>	<b>IN</b>	<b>IR</b>	<b>PP</b>	<b>SP</b>
PRIMARIA	(S)	(S)	(S)	(N)	(N)	(S)
ESO	S	S	(S)	(S)	(S)	(S)
BACHILLERATO Y UNIVERSITARIOS	(S)	S	S	S	(S)	(S)

S = Existen diferencias estadísticamente significativas.

N= No existen diferencias estadísticamente significativas.

Entre paréntesis, diferencias que no llegan a un tamaño del efecto moderado.

En todos los casos, las puntuaciones son superiores en el caso de las mujeres

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en función del sexo, en todas las variables evaluadas por el CECAD y en todos los grupos de edad, excepto en las variables Irritabilidad y Problemas de pensamiento en los alumnos de Educación Primaria. En todos los casos las puntuaciones fueron mayores en el caso de las mujeres. Sin embargo, los tamaños de las diferencias encontradas solo llegaron a ser moderadas, por un lado, en las variables Ansiedad y Depresión en el caso de los alumnos de Educación Secundaria y, por otro lado, en las variables Ansiedad, Inutilidad e Irritabilidad en el caso de los alumnos de Bachillerato y Universitarios.

En lo referente a la relación de la ansiedad y la depresión con la victimización, en la Tabla 1.19 se presentan los resultados obtenidos.

Los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas en función de la victimización, con puntuaciones más altas para las personas víctimas de acoso escolar. En cuanto al tamaño del efecto de tales diferencias, en el caso de la Irritabilidad, los Problemas de pensamiento y los Síntomas psicofisiológicos no llegaban a ser moderados.

**Tabla 1. 19** Diferencias en función del acoso escolar

	<b>Víctimas</b> <b>N= 76</b>	<b>No víctimas</b> <b>N= 453</b>	<b>t</b>	<b>p</b>	<b>d</b>
<b>Depresión</b>	63,96 (15,82)	54,89 (14,00)	4,70	< 0,001	0,58
<b>Ansiedad</b>	42,61 (10,15)	37,55 (9,00)	4,08	< 0,001	0,51
<b>Inutilidad</b>	17,82 (5,57)	14,97 (4,34)	4,25	< 0,001	0,53
<b>Irritabilidad</b>	13,34 (3,95)	11,74 (3,72)	3,43	0,001	0,43
<b>Problemas de pensamiento</b>	16,16 (3,92)	14,35 (4,23)	3,49	0,001	0,43
<b>Síntomas psico-fisiológicos</b>	34,47 (8,05)	31,58 (7,27)	2,94	0,004	0,36

Con respecto a las diferencias entre la muestra normativa y la muestra clínica, los resultados obtenidos se muestran en la Tabla 1.20..

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas con tamaños del efecto moderados o grandes en Ansiedad, Problemas de pensamiento y Síntomas psicofisiológicos, siendo más altas las puntuaciones de la muestra clínica.

Tabla 1. 20 Diferencias entre muestra clínica y normativa

	<b>Clínica</b> <b>N= 24</b>	<b>General</b> <b>N= 1328</b>	<b>t</b>	<b>P</b>	<b>d</b>
<b>Depresión</b>	65,08 (18,67)	57,23 (13,93)	1,69	0,097	0,47
<b>Ansiedad</b>	44,88 (12,15)	37,81 (8,85)	2,38	0,021	0,67
<b>Inutilidad</b>	16,96 (4,69)	15,54 (4,02)	1,17	0,246	0,33
<b>Irritabilidad</b>	14,48 (5,45)	12,69 (4,68)	1,26	0,214	0,35
<b>Problemas de pensamiento</b>	17,77 (5,25)	14,77 (4,35)	2,24	0,029	0,63
<b>Síntomas psicofisiológicos</b>	37,68 (8,93)	31,23 (6,35)	2,98	0,004	0,83

*Elaboración de los baremos*

Teniendo en cuenta las diferencias encontradas en ansiedad y Depresión en función del sexo y la edad, se elaboraron baremos diferenciados para cada grupo de edad (primaria, secundaria y bachillerato y superior) y para varones y mujeres. Para la elaboración de los baremos, las escalas fueron normalizadas y transformadas a puntuaciones típicas T con media 50 y desviación típica 10. La información referida a estos baremos puede consultarse en la plataforma de corrección de TEA ([www.teacorrige.com](http://www.teacorrige.com)).

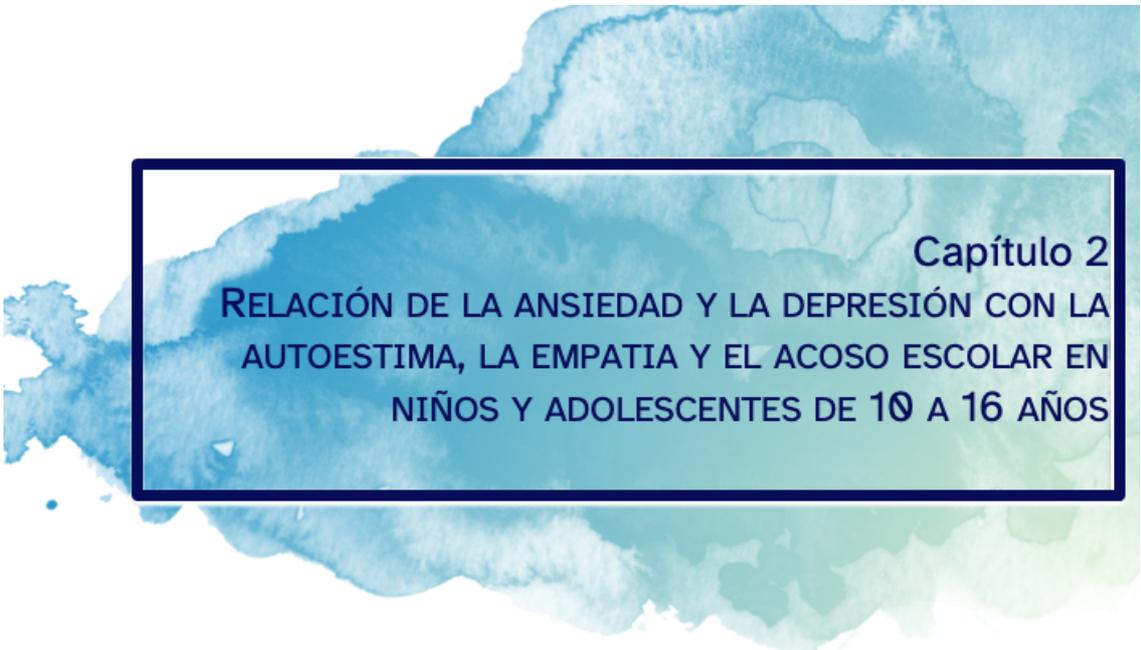
**1.5.7 Conclusiones**

En general, podemos considerar que las propiedades psicométricas de la versión en euskera del CECAD son adecuadas. Concretamente, tanto los índices de fiabilidad basados en la consistencia interna como en la estabilidad temporal han sido satisfactorios. Asimismo, las evidencias respecto a la estructura factorial han mostrado coherencia con el modelo bidimensional, si bien es cierto que

el ajuste de las escalas Ansiedad y Depresión fue mejor que el ajuste de los aspectos clínicos.

Además, los resultados de las correlaciones entre las puntuaciones del CECAD con otras variables aportan evidencias de validez convergente y de relaciones con otras variables. Por último, cabe señalar que se elaboraron los baremos normativos del instrumento adaptado y se redactó el manual de aplicación (Gorostiaga et al., 2018).





**Capítulo 2**  
**RELACIÓN DE LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN CON LA**  
**AUTOESTIMA, LA EMPATIA Y EL ACOSO ESCOLAR EN**  
**NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 10 A 16 AÑOS**



## **CAPÍTULO 2: RELACIÓN DE LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN CON LA AUTOESTIMA, LA EMPATÍA Y EL ACOSO ESCOLAR EN NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 10 A 16 AÑOS**

### **2.1 INTRODUCCIÓN**

El objetivo de este segundo capítulo consiste en describir un estudio centrado en el análisis de las relaciones de autoestima, empatía y acoso escolar con las variables ansiedad y depresión en niños y adolescentes con edades comprendidas entre los 10 y los 16 años. Con el fin de contextualizar el estudio, el capítulo comienza con una breve introducción de los conceptos y variables de interés, incluyendo un breve resumen respecto a los trastornos de ansiedad y depresión en ese periodo evolutivo. Además, se definen los constructos de autoestima, empatía y acoso escolar y se presenta una síntesis de los resultados más relevantes encontrados en la literatura científica respecto a la relación de tales constructos con la ansiedad y la depresión. En segundo lugar, tras la revisión en torno a las variables de interés, se definen los objetivos e hipótesis del estudio, para continuar con la metodología y los resultados obtenidos. Por último, se exponen las principales conclusiones y se discute en torno a los resultados obtenidos en el estudio presentado en este segundo capítulo.

#### **2.1.1. Ansiedad en niños y adolescentes**

En el capítulo 1, se ha realizado una revisión de la sintomatología general de la ansiedad. Sin embargo, los síntomas y los tipos más comunes de ansiedad difieren en cada grupo de edad. Así, a lo largo de la vida, las personas y su contexto van cambiando, por lo que también cambian los tipos de problemas más comunes a cada edad. Así pues, en el caso de los trastornos de ansiedad, existe una tipología de trastornos y una sintomatología más frecuente en la infancia y adolescencia, siendo los *síntomas más comunes los cognitivos, los conductuales y los fisiológicos*, que se describen a continuación (Echeburúa y de Corral, 2009):

### *Cognitivos*

Se trata de síntomas tales como problemas de concentración, problemas de memoria, problemas de atención, hipersensibilidad, dificultades en la resolución de problemas, preocupación, disfunciones cognitivas y problemas de estilo atribucional. Uno de los tipos de tratamiento más comunes para afrontar los síntomas cognitivos es el cognitivo-conductual que, específicamente, trata de modificar las creencias irracionales o no adaptativas.

### *Conductuales*

Se pueden señalar síntomas como falta de descanso motor, nerviosismo, incomodidad, evitación de tareas, discurso rápido, conducta errática, irritabilidad, perfeccionismo, falta de participación, fracaso en completar tareas o búsqueda de tareas fáciles. En general, estos síntomas se tratan mediante una aproximación conductual (exposición, auto-monitorización, entrenamiento en habilidades sociales y de manejo de situaciones).

### *Fisiológicos*

En este caso nos referimos a tics, dolor localizado y recurrente, tasa acelerada de latidos de corazón, enrojecimiento de la piel, sudoración, dolores de cabeza, tensión muscular, problemas para dormir, náusea, vómito y enuresis. Los síntomas fisiológicos se tratan, generalmente, mediante entrenamiento en relajación, medicación y terapia cognitivo-conductual o terapia conductual.

Desde el nacimiento y a medida que van creciendo, en la infancia suelen presentarse diferentes miedos que son comunes a su grupo de edad. Tales miedos son adaptativos y saludables cuando tienen un propósito protector. Así, suelen desaparecer con el desarrollo de las capacidades cognitivas y mediante el aprendizaje, ya que esto permite que el niño desarrolle estrategias de afrontamiento. Sin embargo, los niños que presentan algún tipo de problema madurativo

suelen tener mayor dificultad para superar estos miedos. A continuación, se presentan *los miedos más comunes para cada grupo de edad* (Echeburúa y de Corral, 2009; Huberty, 2012).

Entre los 6 y 8 meses es habitual que se den respuestas de miedo ante la presencia de personas extrañas. Este miedo produce una respuesta en el niño que alerta a la figura de apego de que puede haber un posible peligro. Parece tratarse de un miedo aprendido, modulado por la experiencia, ya que la mitad de los niños no lo experimentan. La respuesta de ansiedad ante personas extrañas es menos probable si el contacto se hace gradualmente, si es amigable, si el niño ha estado expuesto con anterioridad a extraños, si el extraño es una mujer o un niño, si hay juguetes, si la madre está presente o si la acogida de la madre al extraño es buena.

Hacia los 12-15 meses pueden darse conductas de ansiedad ante la separación de las figuras de apego. Dicho miedo se produce por el hecho de la separación y por temor a que la figura de apego no vuelva.

Entre los 2 y 4 años es común la aparición del miedo a los animales y, a diferencia de otros miedos de la infancia, es habitual que persista en la edad adulta. Sin embargo, es poco probable que se desarrolle en la edad adulta, a no ser que haya ocurrido algún percance con un animal que motive la aparición de este miedo.

Entre los 4 y 6 años suelen aparecer el miedo a la oscuridad, a las catástrofes y a los seres imaginarios (brujas, fantasmas...). También es común que se produzcan miedos por contagio emocional de otra persona que está asustada, y el miedo a la desaprobación social.

A medida que los niños van creciendo, y dada su capacidad de recordar y de prever el futuro, los miedos están más relacionados con posibles peligros futuros. Así, entre los 6 y los 9 años suelen ser habituales el miedo al daño físico o al ridículo motivado por la falta de habilidades escolares o deportivas.

Entre los 9 y los 12 años aparecen el temor a que ocurran catástrofes, incendios o accidentes; el temor a contraer enfermedades graves, el temor a conflictos graves entre los padres, al mal rendimiento escolar, o, en ambientes de violencia familiar, el miedo a palizas o broncas.

A partir de los 12-16 años suelen presentarse miedos relacionados con las relaciones interpersonales y la pérdida de autoestima (capacidad intelectual, aspecto físico, temor al fracaso...).

Asimismo, es habitual que en la infancia aparezcan la fobia a los médicos o al dentista, y la fobia escolar. La fobia escolar, es decir, el rechazo prolongado del niño al hecho de acudir a la escuela por algún tipo de miedo relacionado con la situación escolar se presenta habitualmente entre los 3-4 años o entre los 11-12 años. Así, es más común que aparezca al inicio del periodo escolar, en los cambios de ciclo, en los cambios de centro educativo, al volver de las vacaciones o tras un periodo de enfermedad. La aparición de la fobia es más repentina en los más pequeños y más gradual en los niños de mayor edad. En los casos de inicio gradual, es común que se presenten, en primer lugar, pequeñas quejas a la hora de ir al colegio, se muestren desganados, no se quieran levantar de la cama, se quejen de algún profesor, etc. En la fobia escolar se presentan síntomas de ansiedad que mejoran o desaparecen cuando el niño se queda en casa y está entretenido.

La mayoría de los trastornos de ansiedad tienen su inicio tras el inicio del periodo escolar, si bien algunos signos tempranos asociados con la ansiedad son la timidez, la inhibición conductual y el temperamento.

Tal y como se ha señalado, los miedos comunes en la infancia tienden a desaparecer al madurar, aunque hay algunos que parecen mantenerse. Es común que, por ejemplo, el miedo a la sangre y a las heridas, y el miedo a los animales persista en la vida adulta. Asimismo, el miedo a los extraños suele presentarse en los adultos en forma de timidez.

Puede considerarse que los miedos infantiles dejan de ser transitorios, y por tanto pueden resultar problemáticos, cuando se cumplen los siguientes criterios (Echeburúa y de Corral, 2009):

- Son desproporcionados respecto a la situación que desencadena la respuesta de miedo y/o están relacionados con estímulos que no son objetivamente peligrosos.
- No pueden ser eliminados racionalmente.
- Están más allá del control voluntario.
- No son específicos de una edad determinada.
- Son de larga duración.
- Interfieren negativamente en la vida cotidiana del niño en función de las respuestas de evitación.

Además, y aunque la ansiedad sea una emoción relacionada con una situación objetiva, hay personas que tienen una mayor predisposición a sufrir debido a ella, de manera que, ante la misma situación, distintas personas pueden tener diferentes respuestas.

Tal y como planteó Spielberger (Spielberger et al., 1970; Spielberger et al., 1971), la ansiedad puede presentarse como un estado o como un rasgo de personalidad. Por un lado, la ansiedad estado se refiere a las respuestas de ansiedad que se presentan por situaciones o estímulos concretos y que, por tanto, desaparecen cuando el estímulo amenazante desaparece. La ansiedad como estado se presenta en todas las personas, en mayor o menor medida, alguna vez en la vida, como respuesta a una amenaza. Este tipo de ansiedad es más fácil de tratar y también es más probable que dicho tratamiento tenga éxito.

Por otro lado, la ansiedad puede presentarse como un rasgo de la personalidad. Hay personas que presentan rasgos de personalidad que los hacen más

proclives a sufrir trastornos de ansiedad. Tales personas tienen una mayor tendencia que sus pares a preocuparse por situaciones o circunstancias y percibir las como más amenazantes que las personas de su edad. A veces, incluso pueden ser conscientes de lo irracional de su preocupación y, a pesar de ello, seguir preocupados y ansiosos. Esta preocupación excesiva puede afectar a su funcionamiento, afectando a diferentes ámbitos de su vida, como por ejemplo el académico o el social. Como rasgo de personalidad, la ansiedad no se puede eliminar, aunque puede tratar de minimizarse su impacto.

La ansiedad es un fenómeno complejo, de tal manera que las características personales, las relaciones sociales y las variables contextuales, pueden aumentar o disminuir la probabilidad de aparición de síntomas.

A continuación, siguiendo la propuesta de Huberty (2012), presentamos una breve síntesis de algunos *factores relacionados con la ansiedad*.

Existen evidencias acerca de la mayor probabilidad de desarrollar trastornos de ansiedad debido a *factores genéticos*. Así, la probabilidad de desarrollar trastornos de ansiedad es mayor en mujeres y en personas con familiares de primer grado con trastornos de ansiedad que en personas que no tienen familiares afectados. Sin embargo, aún no se conocen los mecanismos genéticos implicados en esta heredabilidad, y además deben considerarse los factores ambientales compartidos con los factores genéticos.

En cuanto a los *factores biológicos* implicados en la respuesta de ansiedad, existen estructuras neuronales específicas que afectan la capacidad de regular el estado de ánimo. Así, la amígdala y el hipocampo se encuentran implicados en esta respuesta de ansiedad, habiéndose encontrado relación entre el volumen de la amígdala y el hipocampo en la severidad de los síntomas en los niños afectados por ansiedad. Por su parte, los medicamentos para la ansiedad actúan sobre el área septohipocampal, afectando al sistema de inhibición conductual y disminuyendo los niveles de ansiedad. Otra evidencia sobre la implicación de la amígdala en la respuesta de ansiedad es un estudio (Thomas et al., 2001) en el

que encontraron una mayor actividad de la amígdala (por resonancia magnética funcional) en los niños ansiosos al enseñarles caras que dan miedo. Esta mayor actividad de la amígdala podría estar relacionada con la mayor hipervigilancia ante posibles amenazas de los niños ansiosos. Al igual que ocurre con los factores genéticos, deben tenerse en cuenta los factores ambientales que puedan estar afectando al funcionamiento neuronal como, por ejemplo, la exposición a estrés extremo.

El *contexto familiar* es un factor de gran relevancia en los trastornos de ansiedad en la infancia. Así, ciertos tipos de estilos parentales (sobre todo estilos parentales sobrecontroladores, intrusivos o sobreprotectores), los estilos educativos, el afecto inadecuado (críticas constantes y tendencia a definir los aspectos ambientales ambiguos como amenazantes) tienen relación con la ansiedad. Además, las características del niño tienen repercusión en el ambiente familiar, pudiendo aumentar o disminuir las probabilidades de que se den las circunstancias que repercutan en la aparición y/o mantenimiento de la ansiedad.

El *contexto escolar* es, junto con el familiar, el contexto en el que se encuentran los niños la mayor parte del tiempo. Como ya se ha indicado, la fobia escolar es una de las fobias específicas más habituales en los niños. En la escuela, los síntomas de ansiedad pueden presentarse por factores cognitivos (académicos) o sociales (interacción con pares y profesores). Por tanto, puede percibirse como un contexto muy demandante, lo que puede hacer que aumente la ansiedad, se den conductas no adaptativas y empeore el rendimiento.

En relación con los *factores sociales*, la ansiedad por separación es habitual en los niños y la fobia social es la fobia específica más común. Por tanto, la ansiedad puede estar relacionada con factores sociales, presentándose miedos por la competencia social, la aceptación o el desempeño en esta área. Así, se ha encontrado relación entre la timidez y los niveles de ansiedad y una mayor preocupación por la evaluación social en la adolescencia, especialmente en las chicas. Los niños con niveles altos de ansiedad social tienden a ser perfeccionistas,

autoconscientes, sensibles a las críticas, tienden a interpretar de forma negativa situaciones sociales neutras, suelen tener sentimientos de vergüenza y rechazo. Pueden darse, además, carencias en las habilidades sociales debido a estas características que dificultan las interacciones sociales y, estas dificultades alimentan a su vez los síntomas de ansiedad social.

Finalmente, y aunque la ansiedad es una emoción universal, se pueden dar *diferencias culturales* en la manera en la que se manifiesta y expresa. Así, por ejemplo, en una revisión de estudios de autoinforme realizados en varios países, se encontró una mayor puntuación en ansiedad en Portugal que en Países Bajos. Los autores sugirieron que existe una diferencia cultural en la expresión de las emociones, siendo más común en los países de cultura latina la expresión abierta de las emociones que en los países que están más al norte, donde se espera una mayor inhibición en la expresión de las emociones (Fonseca et al., 1994). Asimismo, otro estudio que comparaba una muestra tailandesa con una americana, y en la que los padres evaluaban la ansiedad de sus hijos, se encontró una mayor sintomatología internalizante en los niños asiáticos (Ollendick et al., 1996). Esto sería congruente con estudios anteriores en los que se dan diferencias culturales en la expresión de las emociones, siendo común en las culturas asiáticas el control de las emociones.

### **2.1.2 Depresión en niños y adolescentes**

Al igual que ocurre con la ansiedad, la depresión en niños y adolescentes presenta algunas diferencias con respecto a la depresión en adultos. En los párrafos siguientes, se revisan brevemente los síntomas, las características personales y otros aspectos relacionados con la depresión, para poder contextualizar nuestro estudio, especialmente en este grupo de edad.

A continuación, se presentan una serie de *síntomas* que son habituales en la depresión, aunque no siempre son indicativos del trastorno (Shaffer y Waslick, 2003).

### *Cambios de humor*

Pueden producirse cambios de humor, del estado de ánimo y/o de la conducta que resultan perceptibles para los padres u otros adultos. Estos cambios (irritabilidad, llanto, enfado, rabia...) no se producen durante pocos días, sino que tienen una duración extensa.

### *Problemas en la escuela*

Es común que se den problemas académicos que pueden ser debidos a la falta de concentración, atención, motivación, interés y/o energía. En algunos casos, la situación o la percepción subjetiva sobre sus capacidades, motiva que abandonen los estudios definitivamente, siendo la depresión el diagnóstico más común entre los alumnos que deciden abandonar la escuela.

### *Problemas familiares*

Síntomas tales como la actitud irritable, las conductas disruptivas, los problemas en la escuela, la falta de interés en las responsabilidades... pueden generar preocupación en los padres y crear interacciones familiares insatisfactorias. Además, es común que los niños y adolescentes con depresión, al sentir una creciente falta de interés, tiendan a pasar más tiempo con los amigos, experimentar con drogas de consumo ilegal, con la sexualidad y otras conductas de riesgo, siendo todo ello, fuente de conflicto en la familia.

### *Crisis suicidas*

Aunque no todos los niños o adolescentes que han sufrido crisis suicidas sufren de depresión, es común que las consultas por depresión se den tras una crisis suicida. Estas conductas contra la propia integridad pueden ir desde lesiones superficiales en las muñecas hasta atentados contra la propia vida con deseo de morir.

### *Abuso de sustancias ilegales*

Tal y como se ha mencionado anteriormente, es habitual que, ante el aumento de la disforia, del interés y la capacidad de disfrutar, se den conductas de abuso de sustancias. La mayoría de los jóvenes internados en centros por abuso de sustancias no presentan trastornos del estado de ánimo. Sin embargo, un número considerable de personas presenta una depresión clínica. En estos casos, el tratamiento podría diferenciarse del de los pacientes sin trastorno del estado de ánimo concomitante.

### *Síntomas somáticos*

Los síntomas somáticos más habituales entre los niños y adolescentes son dolor de cabeza, fatiga crónica, síntomas gastrointestinales y dolor musculoesqueléticos. Puede ocurrir que la depresión sea debida a la complicación de una enfermedad o de un tratamiento médico. Así, es habitual en niños con diabetes mellitus u otras enfermedades médicas, o en tratamientos médicos como el tratamiento anticonvulsivo con fenobarbital o el uso de isotretinoína para el acné.

Aunque, en general, los criterios diagnósticos son los mismos para niños y adultos, hay dos criterios que tienen una consideración diferente según el grupo de edad. Como se ha mencionado anteriormente, la irritabilidad es habitual en niños con depresión y este criterio diagnóstico se introdujo para este grupo de edad. Asimismo, el síntoma de pérdida de peso no se evalúa del mismo modo en niños, debido a que están en proceso de desarrollo, y por lo tanto creciendo y subiendo de peso. Este criterio se modifica y se considera la falta de apetito y la dificultad en alcanzar el peso y altura esperado para su edad (APA, 2013).

Otras diferencias respecto a la sintomatología de niños y adultos con depresión, se refieren al hecho de que en los niños no es muy habitual que se presente la hipersomnia y, además, son menos susceptibles a síntomas psicóticos como las ideas delirantes. Asimismo, a diferencia de los adultos en los que el diagnóstico se basa, principalmente, en su propia percepción subjetiva, en el

caso de los niños es necesario contar con el punto de vista de adultos como los padres o los profesores (Shaffer y Waslick, 2003).

La depresión puede aparecer por primera vez a cualquier edad, aunque es poco habitual que se produzca antes de los 11 años, siendo su inicio más común en la adolescencia (Zisook et al., 2007). Una vez diagnosticado un episodio depresivo, la gravedad y la cronicidad de los síntomas pueden ser predictores del grado de deterioro y de la duración del malestar. Así, un diagnóstico de un trastorno del estado de ánimo crónico y de inicio temprano puede convertirse en un malestar que dure más años, sea más resistente al tratamiento y más recurrente. Sin embargo, en los cuadros más agudos, si bien parecen más graves al principio, se suelen resolver más rápidamente (Huberty, 2012).

El diagnóstico de depresión en niños y adolescentes se relaciona con futuros problemas académicos, problemas con los compañeros, intentos de suicidio, comportamiento antisocial, abuso de sustancias, un funcionamiento social y ocupacional disminuido, una satisfacción con la vida más pobre, mayores comorbilidades médicas y psiquiátricas, trastornos de personalidad, hospitalizaciones psiquiátricas, una visión negativa de la vida y del *self*, mayor número de episodios depresivos, intentos de suicidio y muertes por suicidio (Zisook et al., 2007). Además, las personas que presentan los primeros episodios depresivos en la adolescencia suelen presentar trastornos de estado de ánimo en la edad adulta (Klein et al., 1999).

A continuación, siguiendo el trabajo de Huberty (2012) se presentan *los modelos explicativos* más extendidos sobre la depresión.

#### *Modelo de la triada cognitiva negativa*

Este modelo plantea que la persona deprimida se caracteriza por una visión negativa, de sí misma, del futuro y del mundo. Según este modelo, el mundo se percibe como injusto, se producen sesgos cognitivos, se tiende a hacer interpre-

taciones negativas de los eventos... lo que aumenta la susceptibilidad a la depresión. Así, según la triada cognitiva negativa, las personas deprimidas desarrollan esquemas cognitivos negativos que filtran la información de manera incorrecta.

### *Pensamiento de todo o nada*

Se trata de otra característica cognitiva de las personas con depresión. Es común en las personas deprimidas el pensamiento limitado o rígido, es decir, no suelen ser cognitivamente flexibles y tienden a las distorsiones negativas.

### *Modelo de la indefensión aprendida*

Según este modelo, se teoriza que las personas deprimidas, “aprenden” que no tienen control sobre la situación, es decir, sienten o piensan que sus esfuerzos no sirven de nada y que el futuro está fuera de su control.

### *Modelo basado en el estilo atribucional negativo*

Este modelo surge de la evolución del modelo de la indefensión aprendida, y considera que las personas deprimidas tienden a atribuir los resultados negativos a sus propias carencias o errores, mientras que atribuyen los resultados positivos a circunstancias ajenas a ellos y a su control. Las personas con estilo atribucional negativo van acumulando “evidencias” de los resultados negativos de sus acciones, lo que les lleva a una baja autoestima, a sentimientos de indefensión, a una baja motivación y a un aumento de las probabilidades de desarrollar una depresión (aunque estén relacionados, no está claro que el estilo atribucional negativo sea causa de depresión o sea un factor de susceptibilidad).

### *Hipótesis de la cicatriz*

Según esta hipótesis, las personas que han estado deprimidas, tras su remisión desarrollan cambios psicológicos que incrementan la vulnerabilidad para futuros episodios depresivos.

Aunque no se conocen las causas de la depresión, existen factores que pueden considerarse de riesgo para la aparición de dicho trastorno. A continuación, se describen brevemente *los factores personales y contextuales* que pueden predisponer a la depresión (Huberty, 2012).

Desde el punto de vista *genético*, se ha encontrado una mayor frecuencia de diagnósticos de depresión en los familiares adultos de niños y adolescentes con depresión. Esta heredabilidad es mayor cuando los síntomas aparecen después de los 11 años. Si los síntomas están presentes antes de esa edad, se relacionan en mayor medida con factores ambientales. Sin embargo, no se conocen, si es que existen, los genes implicados en la aparición de la depresión. Al igual que ocurre con la ansiedad, deben considerarse las influencias ambientales compartidas.

Respecto a los *factores neuroendocrinos*, existen estudios que han encontrado que las hormonas (cortisol, norepinefrina, hormona del crecimiento, hormona tiroidea, catecolaminas, serotonina) pueden estar involucradas de alguna manera en los síntomas de depresión. Además, al aumentar la probabilidad de desarrollar síntomas depresivos a partir de la pubertad, se sugiere que puede existir una posible implicación de las hormonas. Sin embargo, también se producen cambios psicológicos y sociales. Así, en las niñas suelen ser más habituales las conductas de afiliación y los niños tienden hacia la independencia y la autonomía. Además de los cambios hormonales, psicológicos y sociales, pueden estar involucrados un apego deteriorado, diferencias temperamentales y una mayor reactividad que pueden ser factores explicativos de la diferenciación en la pubertad del desarrollo de síntomas depresivos por sexos.

La depresión también suele estar relacionada con *alteraciones en los patrones y fisiología del sueño*. La dirección de esta relación no está muy clara, pudiendo ser tanto un síntoma como un precursor o facilitador.

El *temperamento de inhibición conductual* parece ser un posible predictor de los síntomas depresivos, aunque no todos los estudios encuentran esta relación. Asimismo, las personas que puntúan alto en neuroticismo y alto en emocionalidad negativa también parecen tener mayor probabilidad de desarrollar síntomas depresivos.

Los *acontecimientos vitales negativos o estresantes* parecen estar relacionados con la aparición de síntomas de depresión. Así, acontecimientos como la muerte de un familiar, abusos emocionales, físicos y sexuales, rupturas de pareja, fracaso escolar... pueden asociarse con el inicio de la depresión.

Los síntomas depresivos parecen estar relacionados con *problemas cognitivos*. Así, se presentan problemas de concentración, de memoria, bajo autoconcepto académico, etc. Sin embargo, no se encuentran diferencias en las capacidades cognitivas con respecto a niños sin depresión, por lo que los logros académicos parecen estar relacionados con la sintomatología depresiva.

El riesgo de desarrollar problemas de salud mental parece ser mayor en personas con *menos recursos o estatus socioeconómico más bajo*.

Por su parte, *las conductas de los padres, y el apego inseguro*, se relacionan en muchos aspectos (malhumor, labilidad emocional, desapego, falta de atención a sus necesidades, transmisión de modelos cognitivos negativos...) con el desarrollo de depresión en niños.

En relación con el *contexto social*, es habitual que se presenten problemas en el contexto social de las personas con depresión, mostrando estas en muchos casos falta de competencias sociales, de conductas afectivas, de iniciativa, deficiencias en la regulación emocional y en la resolución de problemas. En el ámbito educativo pueden ser percibidos como vagos o desmotivados.

Para finalizar con los factores que predisponen a la depresión, al igual que con la ansiedad, deben tenerse en cuenta las *diferencias culturales* relacionadas

con la aparición de síntomas de depresión como, por ejemplo, los roles de género, la aculturación, el racismo...

### **2.1.3 Relaciones de la autoestima con la ansiedad y la depresión**

La autoestima, según Rosenberg (1979), se define como la autoevaluación global, positiva o negativa, que suele poseer una persona hacia sí misma. Así, el conocimiento que uno tenga sobre sí mismo se acompaña de una evaluación sobre esa información, es decir, existe un componente objetivo y un componente subjetivo en el conocimiento que se tiene sobre uno mismo. Las creencias y evaluaciones del individuo de su propia persona determinarán quien es, sus conductas y sus objetivos (Burns, 1982), siendo la autoestima un mecanismo interno que sirve como guía en la vida.

Erikson (1968) realizó una conceptualización de la naturaleza de la autoestima en su teoría de las etapas del desarrollo psicosocial en niños, adolescentes y adultos. Según esta teoría, la autoestima es un proceso en desarrollo hasta que se produce la cristalización de la identidad. Así, los problemas de identidad, como la identidad embargada, son predictores, junto con una baja autoestima, de problemas mentales y sociales (Marcia, 1993).

En cuanto al desarrollo de la autoestima en la infancia y adolescencia, esta depende de factores tanto personales como sociales. En este sentido, el apoyo y la aprobación por parte de los padres y los iguales, y la percepción de su propia competencia son los principales determinantes de la autoestima (Harter, 1999). Así, el apego y el apoyo incondicional de los padres son componentes esenciales durante el desarrollo.

Otro aspecto a tener en cuenta son las discrepancias que pueden surgir en la percepción de sí mismo, por ejemplo, entre el *self* ideal y el real, o entre la competencia percibida por uno y por el apoyo de padres o pares (Harter, 1999). En este sentido, durante la infancia también puede producirse una monitorización de las competencias propias y realizar inferencias comparándose con sus

pares o con los estándares de sus seres queridos. Cuanto mayor sea la diferencia, menor será la autoestima. Este proceso puede estar sesgado, en sentido positivo o negativo, por una tendencia aprendida hacia un pensamiento positivo o negativo (Seligman, 1995).

Dada su naturaleza valorativa, y que sirve de guía a los pensamientos, las emociones y las conductas, la evaluación positiva o negativa de las propias capacidades para el éxito o las expectativas de fracaso pueden influir en las metas u objetivos a alcanzar. La tarea más básica para la salud mental, emocional y social, que comienza en la infancia y continua hasta la muerte, es la construcción de una autoestima positiva (Macdonald, 1994).

Con respecto a lo anteriormente planteado, una información o conocimiento que en principio podría parecer objetivo, puede verse afectado por la valoración que se haga de dicho conocimiento, y esta evaluación repercutirá en las conductas futuras. Por ejemplo, una persona podría considerar que obtener una calificación de 8 sobre 10 en un examen es un éxito y seguir esforzándose para mejorar o, por el contrario, considerar que con un esfuerzo menor habría sido suficiente. Sin embargo, otra persona podría considerar que esa calificación, que en principio es algo objetivo, en su caso es un fracaso y, al igual que en el caso anterior, en que era considerado un éxito, disminuir o aumentar su motivación para el estudio.

Este aspecto valorativo de las personas y la repercusión que podrían tener en el conocimiento, las emociones y las conductas, resulta una variable a tener en cuenta a la hora de estudiar los síntomas de ansiedad y depresión. Así, por ejemplo, una persona con sintomatología ansiosa o depresiva hará una valoración de dicha circunstancia o, la valoración que una persona haga sobre si misma afectará a sus emociones, sus pensamientos y sus conductas, lo que podría influir en la sintomatología ansiosa o depresiva. A continuación, se presenta una revisión de la literatura científica existente respecto a la relación de la autoestima con la ansiedad y la depresión.

Varios estudios han encontrado correlación entre la autoestima y el bienestar subjetivo o la felicidad (Zimmerman, 1999), siendo la autoestima un robusto predictor de la felicidad (Furnham y Cheng, 2000). Así, la autoestima positiva, los estándares internos y las aspiraciones contribuyen al bienestar (Garmezy et al., 1984). Asimismo, se ha encontrado una correlación positiva entre la autoestima y los resultados académicos (Filozof et al., 1998; Hay et al., 1998; Marsh y Yeung, 1997), siendo la autoestima positiva un predictor del éxito en la escuela (Markus y Nurius, 1986).

Con respecto a la baja autoestima, esta se ha relacionado con el ánimo deprimido (Patterson y Capaldi, 1992), los trastornos depresivos (Dori y Overholser, 1999; Rice et al., 1998), la desesperanza, las tendencias suicidas y los intentos de suicidio (Overholser et al., 1995). Asimismo, otros estudios han encontrado una relación negativa de la autoestima con la depresión (Beck et al., 1990; Patton, 1991). Los individuos con alta autoestima tienden a hacer atribuciones estables y globales en los eventos positivos más que atribuciones a factores externos o a la suerte (Campbell et al., 1991), mientras que existe una relación entre las dimensiones de estilo atribucional, autoestima y depresión (Abramson et al., 1989). Existen evidencias del valor predictivo de la baja autoestima durante la infancia (Reinherz et al., 1993), la adolescencia (Teri, 1982) y la adultez temprana (Wilhelm et al., 1999) respecto a la aparición de la depresión futura.

Aunque existe suficiente consenso sobre la existencia de correlación entre la autoestima y la depresión, aún hay desacuerdos sobre la naturaleza de dicha relación. Así, algunos investigadores han argumentado que la autoestima y la depresión son un mismo constructo y que deberían conceptualizarse como dos polos de una misma dimensión (siendo la baja autoestima lo mismo que la depresión). En este sentido, Watson y colaboradores (2002) encontraron una fuerte correlación negativa entre la autoestima y la depresión.

Sin embargo, a nivel teórico y en base a los resultados empíricos, se sugiere que resulta de interés distinguir entre depresión y autoestima. En primer lugar, las correlaciones encontradas en las investigaciones se encuentran en un rango entre  $-0,20$  a  $-0,70$  (Orth et al., 2008). Así, la correlación varía mucho entre estudios, y aunque algunos estudios encuentran fuertes correlaciones, estas no son tan fuertes como cabría esperar si realmente ambos fueran indicadores de un constructo común. En segundo lugar, estudios que evalúan la frecuencia de los síntomas depresivos individuales han encontrado que los sentimientos de falta de valía están presentes solo en una parte de los individuos diagnosticados de depresión y, además, este sentimiento no constituye uno de los síntomas más habituales de depresión (Buchwald y Rudick-Davis, 1993; Minor et al., 2005; Spalletta et al., 1996). En línea con los criterios diagnósticos para los episodios depresivos, que no requieren que los sentimientos de falta de valía estén presentes (APA, 2022), estos resultados sugieren que puede haber depresión sin baja autoestima. En tercer lugar, en dos muestras independientes Orth et al. (2008) encontraron que el modelo de un factor común no se ajustaba a los datos, mientras que el de dos factores sí lo hacía (Hankin et al., 2007). En cuarto lugar, la depresión y la autoestima se relacionan de diferente manera con eventos que ocurren en la vida de los individuos. Por ejemplo, mientras que existe un robusto efecto predictivo de los eventos de vida estresantes en la depresión (Hammen, 2005; Updegraff y Taylor, 2021), la evidencia disponible sugiere que los eventos de vida estresantes no predicen cambios en la autoestima (Orth et al., 2010, 2009). Más aun, mientras que hay una evidencia consistente de que la depresión contribuye a la ocurrencia de futuros eventos vitales estresantes (Cole et al., 2006), los resultados de tres estudios independientes sugieren que la autoestima no es buena predictora de los eventos de vida estresantes (Orth et al., 2009). Finalmente, algunos estudios muestran que la autoestima y la depresión están transversal (McPherson y Lakey, 1993) y prospectivamente (Sowislo y Orth, 2013) relacionados, incluso después de controlar niveles previos de cada constructo. Es poco probable que indicadores de un factor común pudieran tener efectos

cruzados replicables porque su varianza compartida ha sido retirada en los modelos. Por tanto, es aconsejable usar estos constructos como dos constructos diferentes.

El impacto negativo de la baja autoestima pone de manifiesto la importancia de enseñar a los niños a reducir sus pensamientos negativos y aumentar pensamientos subjetivos positivos, reforzando así la autoestima, lo que permitiría reducir el riesgo de patologías como la depresión (Csikszentmihalyi y Seligman, 2000; Seligman, 1995).

Además de con la depresión, la baja autoestima se ha relacionado con otros trastornos internalizantes como la ansiedad. En este sentido, y aunque no existen muchos estudios (Roberts, 2006; Sowislo y Orth, 2013), se ha encontrado una relación negativa entre la ansiedad y el malestar tanto psicológico como físico (Beck et al., 2001; Beck y Perkins, 2001). Así, en un estudio (Ginsburg et al., 1998) encontraron una baja autoestima en niños con una alta ansiedad social. Estudios transversales han mostrado una relación media-alta y negativa entre estos constructos (Lee y Hankin, 2009; Riketta, 2004; Watson et al., 2002). Sin embargo, no se han encontrado estudios longitudinales que estudien esta relación. A nivel teórico, se ha propuesto una función amortiguadora de la autoestima para la ansiedad, encontrando evidencias en diversos estudios que apoyan esta teoría en estudios con niños de educación primaria (Ginsburg et al., 1998) y secundaria (Ficková, 1999). Además, se ha demostrado que reforzar la autoestima en adultos ayuda a reducir la ansiedad (Solomon et al., 2000).

#### **2.1.4 Relaciones de la empatía con la ansiedad y la depresión**

En la literatura científica podemos encontrar distintas aproximaciones a la definición de empatía, así como diferentes términos que se definen de manera similar (Singer y Lamm, 2009). A pesar de la diversidad de definiciones y términos relacionados con la empatía, una de las características comunes a todas ellas es la multidimensionalidad. Actualmente, la empatía se considera un constructo

multidimensional ya que incluye tanto componentes cognitivos como componentes afectivos (Davis, 1983; Eisenberg y Fabes, 1990; Reid et al., 2013). Por tanto, podemos definir la empatía a partir de la definición de sus componentes.

Los componentes cognitivos, es decir, los componentes de la empatía relacionados con la comprensión/conocimiento se dividen en dos dimensiones: la *adopción de perspectivas* y la *comprensión emocional*. Así, la adopción de perspectivas se refiere a la capacidad de comprender la situación o el punto de vista del otro. Por su parte, la comprensión emocional hace referencia a la capacidad de entender las emociones del otro.

En cuanto a los componentes afectivos de la empatía, es decir, los que se refieren a la reacción emocional que se da en el observador, estos se dividen a su vez en dos dimensiones: *distrés empático* y *alegría empática*. El *distrés empático* se refiere a las emociones negativas que se dan en el observador por la situación negativa de otra persona; por su parte la *alegría empática* hace referencia a las emociones positivas que se dan ante la situación positiva de otra persona (Gorostiaga et al., 2014; Mooradian et al., 2011). Estos componentes afectivos, con la misma definición se pueden encontrar en la literatura como empatía negativa y empatía positiva (Morrison et al., 2016).

Estas dimensiones de la empatía se consideran independientes pudiendo, por ejemplo, coexistir una deficiencia en empatía cognitiva con una elevada empatía emocional (Baron-Cohen y Wheelwright, 2004).

Por tanto, la empatía permite conectar a unas personas con otras, es decir, la empatía es la capacidad de entender lo que otros piensan y sienten (Batson, 2011). Esta capacidad empática es útil, no solo a la hora de percibir cuándo alguien necesita de nosotros, sino también cuándo alguien tiene intención de perjudicarnos.

La capacidad o habilidad empática puede considerarse como una característica filogenética que está presente desde el nacimiento que, sin embargo, se

puede desarrollar con el tiempo. Aunque es un proceso que se da de forma natural, puede fomentarse a través de la experiencia y la modelación (Davis, 1990; Mooradian et al., 2011; O'Connor et al., 2002; Preston y de Waal, 2002; Shamay-Tsoory et al., 2009). Puesto que la empatía es una capacidad, que aunque es innata se puede modelar culturalmente, Fantz (1976) sugiere que las posibles diferencias que se puedan dar en función del sexo pueden deberse a los roles que se asocian a cada género.

En cualquier caso, se trata de una competencia social de gran relevancia para el bienestar del individuo y de las personas de su entorno, ya que contribuye a las conductas prosociales. Numerosos estudios señalan la relación positiva existente entre las emociones elicítadas por otros y las conductas de ayuda, promoviendo en el observador una respuesta adecuada para la situación del otro (Davis, 1983; De Dreu y Kret, 2016; Mooradian et al., 2011; Reid et al., 2013; Singer y Lamm, 2009).

Algunos estudios han encontrado que en las personas que presentan dificultades para comprender y sentir la situación de otras personas, como ocurre, por ejemplo, en los trastornos del espectro autista o en la esquizofrenia, se producen conductas inapropiadas respecto a los demás e incluso de riesgo (Chikovani et al., 2015; Willis et al., 2015). Asimismo, otros estudios encuentran que el exceso de empatía está asociado con la vulnerabilidad a desórdenes emocionales (Chikovani et al., 2015; Thoma et al., 2013).

La ansiedad se caracteriza, al igual que la depresión, por presentar altas puntuaciones en afectividad negativa (Frick et al., 1999). Así, Smith (2015) encontró una correlación entre el distrés personal y los síntomas internalizantes. Algunos autores sugieren la existencia de una relación inversa entre la empatía y la ansiedad, ya que la empatía requiere de sensibilidad hacia la otra persona, mientras que en la ansiedad es muy característica la preocupación por uno mismo (Fessler, 2006). Otro estudio encontró una correlación positiva entre la

empatía afectiva y la ansiedad, y una correlación negativa de la empatía cognitiva con la ansiedad social y la ansiedad por separación (Gambin y Sharp, 2018a).

En un estudio realizado con población infantil se encontró que la preocupación empática, la adopción de perspectivas y el distrés personal estaban positivamente relacionados con la ansiedad y, a su vez, la ansiedad se relacionaba con la fobia social (Fessler, 2006). Asimismo, existen estudios que encuentran asociación entre la ansiedad y la conducta antisocial (Frick et al., 1999).

En las investigaciones realizadas con adolescentes y jóvenes, se ha encontrado que altas puntuaciones en distrés personal se asocian con la ansiedad social (Schreier et al., 2013). El distrés empático puede conducir a síntomas de ansiedad entre los adolescentes, dado que conlleva sentimientos de preocupación por los amigos (Smith, 2015), siendo la inquietud y preocupación persistente una característica de la ansiedad entre los jóvenes (Albano et al., 2003).

Los resultados obtenidos en los estudios que analizan la relación entre la empatía, en su concepto más amplio, y la depresión no son concluyentes (Hoffmann et al., 2016). Algunos procesos emocionales y cognitivos parecen estar afectados en los pacientes con depresión (Gambin y Sharp, 2018b; Gualtieri et al., 2006; O'Connor et al., 2007). Además, algunos estudios han encontrado que una experiencia persistente de afectividad negativa puede conducir a síntomas de depresión (Hankin y Abramson, 2001), por lo que es probable que sus habilidades empáticas se vean reducidas (Cusi et al., 2011). Sin embargo, algunos autores solo encuentran una disminución de la empatía en personas deprimidas cuando la diferencia entre sus sentimientos y los del observado difieren mucho, ya que en ese caso se produce un sesgo egocéntrico (Hoffmann et al., 2016; Ratcliffe, 2014). Otros autores encuentran en personas con depresión características tales como la excesiva preocupación por los otros, por lo que la relación entre la empatía y la depresión en esos casos es positiva (O'Connor et al., 2002).

Los estudios que investigan el reconocimiento facial en personas con depresión han encontrado una tendencia a interpretar negativamente las expresiones faciales ambiguas y neutrales (Bourke et al., 2010; Péron et al., 2011). Sin embargo, otros estudios no han encontrado esta alteración en el procesamiento de expresiones faciales (Hertel et al., 2009; Kan et al., 2004). En relación con las diferencias de sexo, en un estudio se encontró esta alteración en mujeres depresivas pero no en hombres (Chikovani et al., 2015).

Además de los estudios revisados, es necesario examinar los estudios que se han llevado a cabo utilizando dimensiones concretas de la empatía en relación con la depresión. En este sentido, algunos investigadores realizan una conceptualización diferente a la que hemos comentado previamente, del componente afectivo de la empatía (Shamay-Tsoory, et al., 2009). Así, estos autores dividen los aspectos afectivos de la empatía en dos dimensiones: preocupación empática y distrés empático. Concretamente, definen la preocupación empática como la emoción basada en el otro que nos lleva a tener conductas de ayuda, es decir se dirigen al otro. Sin embargo, en el distrés empático el malestar que se crea ante la situación del otro centra la atención en uno mismo.

En los estudios realizados para examinar las relaciones entre las dimensiones afectivas de la empatía con la depresión, los resultados tampoco son concluyentes. Entre los estudios que relacionan la depresión con el distrés empático, diversos autores han encontrado una asociación positiva entre ambas variables (Ghorbani et al., 2003; Nicolas et al., 2009). Por otra parte, existen resultados según los cuales es posible que el distrés empático sirva como factor de riesgo para desarrollar síntomas depresivos porque conlleva un exceso de afecto negativo (Tully et al., 2016). Además, otro estudio encontró relación entre la severidad de la depresión y la tendencia a sufrir distrés empático (O'Connor et al., 2002; Thoma et al., 2011).

En cuanto a los estudios que relacionan la depresión con la preocupación empática, Thomas et al. (2007) encontraron una correlación negativa en mujeres, es decir, a menor puntuación en preocupación empática, las mujeres presentaron mayor puntuación en síntomas depresivos. Por el contrario, en un estudio realizado solo con mujeres trabajadoras de atención sanitaria, Gawronski y Privette (1997) encontraron una correlación positiva entre la depresión y la preocupación empática en mujeres, donde una mayor puntuación en síntomas de depresión se relacionaba con una mayor preocupación empática.

Aunque en la literatura se ha prestado más atención a las emociones negativas, también se han examinado las formas positivas de la empatía (Light y Zahn-Waxler, 2012; Sallquist et al., 2009), concretamente la alegría empática. Aunque cabe la posibilidad de que los aspectos negativos de la empatía y la alegría empática tengan un cierto nivel de solapamiento, algunos estudios (Light et al., 2009; Zhou et al., 2002) sugieren que la relación entre ambos componentes es moderada y que presentan una relación diferencial con respecto a la competencia social y el ajuste psicológico. Específicamente, en el estudio de Smith (2015), se encuentra una relación inversa entre alegría empática y sintomatología depresiva.

Respecto a las investigaciones que relacionan las dimensiones cognitivas de la empatía con la depresión, los estudios muestran un deterioro de la empatía cognitiva en personas con depresión (Schreiter et al., 2013). En un estudio realizado por Lee et al. (2001), los resultados mostraron que cuidadores voluntarios con mayores puntuaciones en depresión tenían menos empatía cognitiva y que la empatía cognitiva podía predecir la depresión.

Los resultados referidos a la relación entre depresión y toma de perspectivas no resultan concluyentes. En algunos estudios no se encuentra relación entre ambas variables (Lee, 2009). En otros, por el contrario, se encuentra una relación inversa (Ghorbani et al., 2003; Grynberg et al., 2010; Lee et al., 2001;

Thomas et al., 2007). Concretamente, en el estudio realizado por Thomas et al. (2007), menores puntuaciones en toma de perspectiva se relacionaron con mayores puntuaciones en depresión en mujeres.

### **2.1.5. Relaciones del acoso escolar con la ansiedad y la depresión**

La definición de acoso escolar más extendida es la propuesta por Olweus (1995) según la cual una persona está siendo acosada o victimizada cuando es expuesta, repetidamente y a lo largo del tiempo, a acciones negativas por parte de otra u otras personas. Así, se consideran acciones negativas aquellas en las que alguien intencionadamente inflige, o intenta infligir, daño o incomodidad a otro. Estas acciones negativas pueden ser por contacto físico, verbalmente, o por otros métodos como gestos, posturas obscenas, o negándose a cumplir los deseos de otra persona (Olweus, 1995).

En esta definición podemos distinguir dos protagonistas. Por un lado, la persona que está siendo acosada, es decir, la víctima. Por otro lado, la persona o personas que están acosando a la víctima, es decir, el acosador. Sin embargo, en estas situaciones suele haber un tercer protagonista, la persona que presencia dichas conductas de acoso, es decir el observador o testigo. Por su parte, en la literatura científica se distingue un cuarto rol, el de víctima/acosador, es decir, la persona que es víctima, pero que a su vez acosa a otras personas. En este sentido, en la literatura científica los diferentes roles presentes en las situaciones de acoso se denominan como víctima pura, acosador puro, testigo y víctima/acosador. En cuanto a las conductas de acoso, tal y como se ha comentado en la definición, pueden darse tanto de forma directa, con ataques relativamente abiertos hacia la víctima, como de forma más indirecta, a través del aislamiento o exclusión social.

Las situaciones de acoso tienen repercusiones en los individuos que participen de ellas, tanto de manera activa como pasiva. A continuación, se realizará

una breve descripción de algunas variables que se relacionan con las conductas de acoso, con un especial interés en los referentes a la ansiedad y la depresión.

En primer lugar, cabe destacar que las repercusiones de las conductas de acoso no se limitan al momento de su ocurrencia o a un periodo breve de tiempo. Existen consecuencias a largo plazo que pueden llegar a durar toda la vida y afectar de manera negativa, tanto a las personas involucradas en la conducta de acoso, como de manera más general a la salud pública (Bhui et al., 2017; Ringdal et al., 2020). En este sentido, es habitual que se den problemas como depresión, suicidios, problemas psicosomáticos, abuso de sustancias, baja autopercepción y tendencia a la violencia, tanto en víctimas como en acosadores (Barzilay et al., 2017; Koyanagi et al., 2019; Vrijen et al., 2021). Así, un estudio realizado en 2010 encontró relación entre ser acosador o víctima y la aparición de depresión en el futuro en el grupo de chicos. Sin embargo, en las chicas la depresión en el pasado fue predictora de la victimización (Kaltiala-Heino et al., 2010).

En cuanto a la ansiedad, se ha encontrado relación entre ser víctima o acosador y los problemas de ansiedad, sobre todo de ansiedad social (Pontillo et al., 2019; Van Oort et al., 2011). Así, se ha encontrado relación entre la exposición a las conductas de acoso y los niveles de ansiedad (Wu et al., 2015).

En el caso de las víctimas/acosadores, se han encontrado diferencias con respecto a las víctimas puras y los acosadores puros. Así, en este grupo la literatura muestra una mayor probabilidad de sentirse triste y preocupado (O'Brennan et al., 2009), tener baja autoestima (Boulton y Smith, 1994), padecer trastornos internalizantes, como la ansiedad y la depresión (Arseneault et al., 2006; Hodges y Perry, 1999; Kumpulainen et al., 1998; Shojaei et al., 2009), o problemas externalizantes (Arseneault et al., 2006) y conductas de suicidio y suicidios completados, especialmente entre las chicas (Barzilay et al., 2017; Klomek et al., 2009).

En lo que respecta a los testigos, aunque la mayor parte de los estudiantes han sido más probablemente testigos que víctimas y/o acosadores (Hutchinson, 2012; Janson et al., 2009; Rivers y Noret, 2010, 2013; Rivers et al., 2009), la mayoría de los estudios no suele centrarse en estos participantes. Así, entre los pocos estudios que analizan a este grupo de personas, se ha concluido que el ser testigo predice varios indicadores de malestar psicológico como los síntomas depresivos. (Hutchinson, 2012; Janson et al., 2009; Rivers y Noret, 2010, 2013; Rivers et al., 2009), los sentimientos de impotencia (Rivers y Noret, 2013) y la ideación suicida (Rivers y Noret, 2010, 2013). Estos datos parecen indicar la existencia de relación entre ser testigo de acoso y el malestar psicológico, aunque la cantidad de estudios disponibles es muy reducida todavía.

En lo relativo a la conducta de los testigos, algunos investigadores han encontrado que los testigos no intervienen cuando presencian conductas de acoso porque no saben qué hacer para detener al acosador (Forsberg et al., 2014; Hutchinson, 2012). En este sentido, se han identificado cuatro tipos de testigos diferentes: los asistentes (que se unen al acosador), los reforzadores (los que le dan un *feedback* positivo al acosador), los externos (los que se van u observan la situación en la distancia) y los defensores (los que intervienen para ayudar a la víctima) (Peets et al., 2015; Salmivalli et al., 1996). De estos roles, solo el de defensor se ha asociado con una disminución de las conductas de acoso. Así, los investigadores han encontrado que cuando los testigos defienden a la víctima, no solo la conducta de acoso decrece (Hawkins et al., 2001; Padgett y Notar, 2013; Salmivalli, 2014; Salmivalli et al., 2011), sino que además el testigo defensor experimenta resultados socioemocionales positivos (Williford et al., 2012).

## **2.2 OBJETIVOS E HIPÓTESIS**

El objetivo general del presente estudio fue el de examinar las posibles relaciones de las variables ansiedad y depresión con la autoestima, la empatía y el acoso escolar, en chicas y chicos, de entre 10 y 16 años. Asimismo, se pretendían

obtener sendos modelos predictivos de la ansiedad y de la depresión para el grupo de chicas y el de chicos, utilizando como variables predictoras la autoestima, la empatía y el acoso escolar. A continuación, presentamos los objetivos específicos y las hipótesis asociadas al primero de los objetivos generales.

En primer lugar, se pretendían analizar las correlaciones entre las variables ansiedad y depresión, así como, los aspectos clínicos inutilidad, irritabilidad, problemas de pensamiento y síntomas psicofisiológicos, en el grupo de chicas y en el de chicos.

En segundo lugar, se pretendía estudiar las relaciones de la ansiedad y la depresión con la autoestima. Así, se esperaba encontrar una relación inversa entre la ansiedad y la autoestima, así como, entre la depresión y la autoestima, tanto en el grupo de chicas como en el de chicos. Es decir, se esperaban puntuaciones más bajas en autoestima en las personas con mayores puntuaciones en ansiedad y depresión.

En tercer lugar, se pretendían examinar las relaciones de la ansiedad y la depresión, tanto con la empatía total como con sus dimensiones cognitivas (adopción de perspectivas y comprensión emocional) y afectivas (distrés empático y alegría empática). En este caso, se esperaban encontrar relaciones inversas entre tales variables. Es decir, se esperaba que las personas que obtuvieran puntuaciones más altas en ansiedad y depresión puntuaran más bajo, tanto en empatía total como en sus dimensiones cognitivas y afectivas.

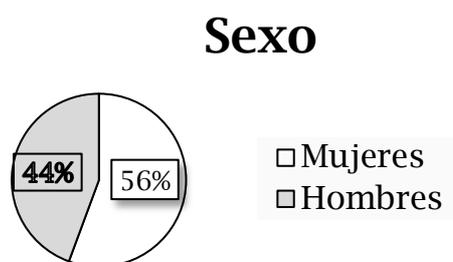
En cuarto y último lugar, en lo referente a las relaciones de la ansiedad y la depresión con el acoso escolar, se esperaban encontrar correlaciones positivas entre las puntuaciones en ansiedad y depresión y las puntuaciones en acoso de los distintos protagonistas. Así, se esperaban mayores puntuaciones en ansiedad y depresión asociadas a puntuaciones más altas en acoso escolar desde la perspectiva de víctima, testigo y acosador, si bien, se esperaba un mayor tamaño del

efecto en el caso de la perspectiva de las víctimas, tanto en el grupo de chicas como en el de chicos.

## 2.3 METODOLOGÍA

### 2.3.1 Muestra

La muestra estuvo compuesta por 597 estudiantes de Educación Primaria (EP) y Educación Secundaria Obligatoria (ESO), de 6 centros educativos de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Las respuestas de 7 personas fueron eliminadas debido a diversas razones (por ejemplo, algunas personas respondieron la batería de manera incoherente u otras personas dejaron más de la mitad de la batería sin responder). Por lo tanto, la muestra final estuvo compuesta por 590 personas, de las cuales el 52,5% cursaba de 5ª o 6ª de EP y el 47,5% eran estudiantes de ESO. En cuanto al sexo y edad de los participantes, el 55,6% de los participantes fueron chicas y, el 44,4%, chicos, con edades comprendidas entre los 10 y los 17 años, con una media de edad de 12,15 años y una desviación típica de 1,72 años.



**Figura 2. 1** Distribución de la muestra normativa por sexo

### 2.3.2 Instrumentos

En el presente estudio se utilizaron los siguientes cuestionarios: un cuestionario de variables sociodemográficas, el Cuestionario Educativo clínico: An-

siedad y Depresión (CECAD) (Lozano-González et al., 2007, adaptación al euskera de Gorostiaga et al., 2018), la escala de autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965, adaptación al euskera de Apodaka, 2004), el Test de Empatía Cognitiva y Afectiva (TECA) (López et al., 2008, adaptación al euskera de Gorostiaga et al., 2014) y el instrumento de evaluación de la victimización (ISEI-IVEI, 2012), todos ellos en euskera.

### **Cuestionario de variables sociodemográficas**

Este cuestionario incluía preguntas relativas al sexo, edad, centro educativo, curso, etc.

### **Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión**

El CECAD (Lozano-González et al., 2007), en su versión adaptada al euskera (Gorostiaga et al., 2018) y cuyo proceso de adaptación hemos descrito en el capítulo 1, permite evaluar la existencia de síntomas de ansiedad y depresión, además de aspectos clínicos como la inutilidad, la irritabilidad, los problemas de pensamiento y los síntomas psicofisiológicos. Puede ser aplicado a personas a partir de los 7 años, tanto en el ámbito clínico como en el educativo, pudiendo aplicarse de manera individual o colectiva, con una duración media de la aplicación de entre 15-30 minutos, dependiendo del nivel de lectura de los participantes. El CECAD está compuesto por 50 ítems que se responden en una escala tipo Likert que oscila entre 1 (Nunca) y 5 (Siempre). En lo que se refiere a las características psicométricas del instrumento, la consistencia interna de la escala es adecuada. Concretamente los valores de alfa de Cronbach para la dimensión de Ansiedad y la dimensión de Depresión en este estudio fueron 0,86 y 0,92 respectivamente (los valores para los aspectos clínicos también fueron adecuados oscilando entre 0,81 y 0,73).

### **Escala de autoestima de Rosenberg**

La escala de Rosenberg (1965) permite la evaluación de la autoestima a través de 10 ítems que hacen referencia a las opiniones o autoevaluaciones, positivas o negativas, que tiene la persona evaluada acerca de sí misma. Tienen que indicar su nivel de acuerdo o desacuerdo mediante una escala de tipo Likert, con 4 opciones de respuesta, que oscilan entre 1 (totalmente en desacuerdo) y 4 (totalmente de acuerdo) con frases como, por ejemplo, “Me siento una persona tan valiosa como las otras” o “A veces pienso que no sirvo para nada”. La escala mide una única dimensión y para calcular la puntuación total hay que invertir las respuestas de los ítems 2, 5, 8, 9 y 10. Así, una mayor puntuación en la escala indica mayor autoestima. La Escala de Autoestima de Rosenberg (1965) es el instrumento más utilizado para evaluar la percepción de la autoestima global (Mullen et al., 2013). Aunque las características psicométricas de dicho instrumento han sido ampliamente contrastadas, existe cierta controversia respecto a su dimensionalidad. Concretamente hay estudios que muestran evidencias a favor de la estructura unifactorial, mientras que otros estudios muestran evidencias a favor de una estructura con dos factores, una que engloba la autoestima positiva y otra que engloba la autoestima negativa (que contiene los ítems formulados en negativo). En un estudio previo, Aliri et al. (2017) analizaron la dimensionalidad de la adaptación al euskera de este instrumento concluyendo que ambos modelos tienen un ajuste adecuado, y teniendo en cuenta que el ajuste del modelo bifactorial puede deberse a un factor de método, en este estudio optamos por considerar la escala como unidimensional. En cuanto a la consistencia interna de las puntuaciones, los resultados del presente estudio indicaron que fue aceptable, mostrando un valor de alfa de Cronbach de 0,76.

### **Test de Empatía Cognitiva y Afectiva**

El TECA (López et al., 2008) en su versión en euskera (Gorostiaga et al., 2014) se compone de 66 ítems y tiene como objetivo evaluar la empatía. Así,

evalúa tanto la empatía total como las dimensiones cognitivas (adopción de perspectivas y comprensión emocional) y las dimensiones afectivas (distrés empático y alegría empática) de la misma. Los ítems se responden en una escala tipo Likert que oscila entre 1 (totalmente en desacuerdo) y 4 (totalmente de acuerdo). En lo referente a las dimensiones cognitivas, la adopción de perspectivas se evalúa mediante ítems como “Intento comprender mejor a mis amigos mirando las situaciones desde su perspectiva” y la comprensión emocional se mide con ítems como “Me doy cuenta cuando alguien intenta esconder sus verdaderos sentimientos”. En cuanto a las dimensiones afectivas, el distrés empático se evalúa con ítems como “No puedo evitar llorar con los testimonios de personas desconocidas” y la alegría empática se evalúa a través de ítems como “Cuando a alguien le sucede algo bueno siento alegría”. Este cuestionario puede ser aplicado a niños, adolescentes y adultos, de manera individual o colectiva, y dicha aplicación puede durar alrededor de 15-20 minutos, dependiendo de la edad y nivel de lectura de los participantes. En cuanto a las propiedades psicométricas de la versión en euskera del instrumento, presenta una buena consistencia interna, ya que se obtuvieron valores alfa de Cronbach adecuados (0,84 para la escala total y, entre 0,63 y 0,71 para las cuatro dimensiones). En este estudio los valores de este mismo índice fueron parecidos, 0,81 para la escala total y entre 0,58 y 0,76 para las dimensiones.

### **Instrumento de evaluación del acoso escolar**

El instrumento de evaluación de la victimización (ISEI-IVEI, 2012) en su versión en euskera, está compuesto por tres bloques de 19 ítems, que miden el acoso escolar desde la perspectiva de la víctima, el testigo y el acosador. Los ítems hacen referencia a conductas de maltrato de varios tipos: el maltrato verbal, la exclusión social, el maltrato físico, la agresión a las pertenencias, el ciberacoso y el acoso sexual (este último tipo está compuesto por un único ítem). En cada conducta los participantes han de indicar con qué frecuencia han sido víctimas/testigos/acosadores en tales conductas/situaciones en el curso actual, en

una escala Likert de 4 puntos que oscila entre 1 (nunca) y 4 (siempre). De estos datos se calcula el índice general de maltrato, que expresa el porcentaje de personas que han sufrido al menos una de las conductas con una frecuencia de “a menudo” o “siempre”. De manera adicional se han calculado las puntuaciones totales a través de los sumatorios de las conductas padecidas, presenciadas y realizadas, otorgando un punto a las conductas padecidas/presenciadas/realizadas algunas veces, dos puntos a las conductas padecidas/presenciadas/realizadas a menudo y tres puntos a las padecidas/presenciadas/realizadas siempre. Finalmente, la consistencia interna de las puntuaciones en el presente estudio fue buena, obteniendo valores de alfa de Cronbach de 0,85 en el caso de las conductas padecidas, 0,92 en el caso de las conductas presenciadas y 0,85 en el caso de las conductas realizadas.

### **2.3.3 Procedimiento**

En primer lugar, se seleccionaron de manera aleatoria los centros educativos para su inclusión en el estudio a partir del listado de centros educativos disponible en la página oficial del Departamento de Educación del Gobierno Vasco. Una vez seleccionados los centros, se contactó con ellos y se inició el proceso de recogida de las autorizaciones y los consentimientos informados tanto de los centros educativos como de los padres, madres o tutores legales de los menores de edad. En el caso de los alumnos mayores de 11 años, se obtuvo también su propio consentimiento informado para la participación en el estudio.

Una vez recogidos todos los consentimientos, se procedió a la administración de los cuestionarios. Estos se administraron a los participantes, en sus aulas habituales, en horario lectivo, en una sesión de una hora de duración y bajo la supervisión de un psicólogo miembro del grupo de investigación.

El orden de aplicación de los instrumentos fue el siguiente: variables socio-demográficas, CECAD, escala de autoestima de Rosenberg, TECA e instrumento de evaluación de las conductas de acoso.

### **2.3.4 Análisis de datos**

A fin de responder a los objetivos del presente estudio, se utilizaron los siguientes procedimientos de análisis de datos.

Como paso previo a los análisis principales, se analizó la distribución de los datos de las escalas (simetría, curtosis y normalidad), prestando atención a los posibles valores extremos y valores perdidos. En cuanto a los valores extremos o atípicos, tomando como referencia el test de Tukey, se ha considerado un valor atípico leve, cuando la puntuación en la escala se encontraba a una distancia de 1,5 rangos intercuartílicos, y un valor atípico extremo, cuando la puntuación en la escala se encontraba a una distancia igual o superior a tres rangos intercuartílicos.

Centrándonos en los análisis principales, en primer lugar, se analizaron las diferencias en función del sexo tanto para las escalas principales de Ansiedad y Depresión, como para las escalas clínicas de Inutilidad, Irritabilidad, Problemas de pensamiento y Síntomas psicofisiológicos. Asimismo, se analizaron las correlaciones entre las puntuaciones obtenidas en las 6 variables, tanto en el grupo de chicas como en el de chicos.

En segundo lugar, se analizaron los datos relativos a la autoestima. Así, en grupos separados de chicas y chicos se calcularon los coeficientes de correlación de la autoestima con la ansiedad, la depresión y los 4 aspectos clínicos (inutilidad, irritabilidad, problemas de pensamiento y síntomas psicofisiológicos).

En tercer lugar, se procedió a la realización de los análisis relativos a la empatía. En este sentido, se calcularon los coeficientes de correlación, en el grupo de chicas y en el de chicos, de la empatía total y de las dimensiones cognitivas (adopción de perspectivas y comprensión emocional) y afectivas (distrés

empático y alegría empática) con la ansiedad, la depresión y los aspectos clínicos.

En cuarto lugar, se analizaron los datos sobre acoso escolar. Así, en primer lugar, se examina la prevalencia del acoso desde la perspectiva de la víctima, del testigo y del acosador utilizando para ello el índice general de maltrato y, en segundo lugar, se analizan los coeficientes de correlación de las puntuaciones totales en los diferentes protagonistas de las situaciones de acoso con la ansiedad, la depresión y los aspectos clínicos evaluados por el CECAD, tanto en el grupo de chicas como en el de chicos.

Para finalizar, en quinto lugar, se calcularon los modelos predictivos para la ansiedad y la depresión, en el grupo de las chicas y en el de los chicos, a partir de las variables estudiadas.

## **2.4 RESULTADOS**

### **2.4.1 Exploración inicial de las variables**

En relación con los valores perdidos y su tratamiento, el 85% de las personas mostró menos de dos valores perdidos teniendo en cuenta la totalidad de la batería (148 ítems). Concretamente, en el cuestionario CECAD que consta de 50 ítems, el 85,9% de la muestra no dejó ningún ítem sin responder, el 10,5% dejó un ítem sin responder, el 2,2% dos ítems sin responder, el 1% tres ítems sin responder y, dos personas más, dejaron respectivamente cuatro y nueve ítems sin responder. En todos estos casos se imputaron los valores medios de la escala principal correspondiente. En el caso del cuestionario de autoestima de Rosenberg que consta de 10 ítems el 87,5% de las personas participantes cumplieron el cuestionario en su totalidad, el 5,1% dejó un ítem sin responder, y 44 personas (7,4%) dejaron dos o más ítems sin responder. En este caso tan solo se realizó la imputación a las personas que habían dejado un único ítem sin responder (de nuevo se utilizó la media de la escala como método de imputación). En

cuanto a la escala TECA que consta de 31 ítems, el 79,7% de la muestra respondió a todos los ítems, el 11,7% dejó un ítem sin responder, el 0,7% dejó dos ítems sin responder, el 1,4% dejó tres ítems sin responder y 39 personas (4,7% de la muestra) dejaron más de tres ítems sin responder. En los casos en los que se dejaron más de tres ítems sin responder no se realizó ninguna imputación y por lo tanto no se calculó la puntuación global de la empatía, sin embargo, en algún caso sí se calculó la puntuación de alguna de las dimensiones debido a que no había valores perdidos en dicha dimensión. Finalmente, en relación con la escala de acoso que consta de 19 ítems por protagonista (víctima, testigo y acosador), el 89,7% respondió a todos los ítems en referencia a ser víctima y el 87,6% a todos los ítems en relación con ser testigo y a ser acosador. Debido a la naturaleza de estos ítems, se decidió no realizar ninguna imputación en estas variables.

En la Tabla 2.1 se presenta el porcentaje de participantes con valores atípicos leves y extremos para cada una de las escalas. Cabe observar que, en general, no hay un número elevado de personas con valores atípicos. Así, podemos señalar que, en cuanto a los valores atípicos extremos, en todas las escalas su frecuencia es inferior al 2%, mientras que los valores atípicos leves son más frecuentes, aunque en la mayoría de los casos se sitúan por debajo del 6% o en valores muy próximos a ese porcentaje, siendo la excepción la subescala comprensión emocional del TECA con un 12% de valores atípicos leves.

**Tabla 2. 1** Porcentaje personas con valores atípicos leves y extremos por escala.

<b>Escala</b>	<b>Leves</b>	<b>Extremos</b>
CECAD – Ansiedad	3,73	0,17
CECAD – Depresión	5,59	0,34
Cuestionario de Autoestima de Rosenberg	4,75	0
TECA - Total	5,76	0,17
TECA – Adopción de perspectivas	6,27	0
TECA – Comprensión emocional	12,03	0,34
TECA – Distrés empático	4,24	0
TECA – Alegría empática	1,19	0
Acoso – Víctima	3,05	1,69
Acoso – Testigo	3,39	1,36
Acoso – Acosador	6,27	1,02

Finalmente, en la Tabla 2.2 se presentan los resultados relacionados con la forma de las distribuciones de las puntuaciones de las escalas y su ajuste a la curva normal. Concretamente se presentan los valores de asimetría y curtosis, junto con su significación estadística y el valor del estadístico Kolmogorov-Smirnov. Tal y como se puede observar, las escalas de ansiedad y depresión y las tres escalas de acoso muestran una asimetría positiva, es decir se concentra un menor porcentaje de casos en la parte de la distribución que corresponde a puntuaciones altas, y un mayor porcentaje de casos en la parte de la distribución que corresponde a puntuaciones bajas. Por el contrario, la escala de autoestima y la subescala de alegría empática del TECA muestran una asimetría negativa, lo que indica que en ese caso hay una concentración mayor de personas con altas puntuaciones y una concentración menor de personas con bajas puntuaciones. En

relación a la curtosis, varias de las escalas muestran distribuciones alejadas de la mesocúrtica, mostrando distribuciones leptocúrticas, es decir, mayores concentraciones de casos en torno al punto medio. Finalmente, en lo que se refiere a la normalidad estadística, solo la puntuación total de la escala TECA cumplió el criterio de normalidad.

**Tabla 2. 2** Valores de simetría, curtosis y resultados de la prueba de normalidad por escala.

<b>Escala</b>	<b>Asimetría</b>	<b>Curtosis</b>	<b>K-S</b>
CECAD – Ansiedad	0,74 <sup>***</sup>	0,71 <sup>***</sup>	0,09 <sup>***</sup>
CECAD – Depresión	0,93 <sup>***</sup>	1,17 <sup>***</sup>	0,09 <sup>***</sup>
Cuestionario de Autoestima de Rosenberg	-0,56 <sup>***</sup>	-0,15	0,10 <sup>***</sup>
TECA – Total	-0,16	0,34	0,04
TECA – Adopción de perspectivas	-0,19	0,12	0,09 <sup>***</sup>
TECA – Comprensión emocional	0,07	0,26	0,09 <sup>***</sup>
TECA – Distrés empático	-0,18	0,01	0,07 <sup>***</sup>
TECA – Alegría empática	-0,80 <sup>***</sup>	0,58 <sup>***</sup>	0,11 <sup>***</sup>
Acoso – Víctima	3,07 <sup>***</sup>	14,33 <sup>***</sup>	0,23 <sup>***</sup>
Acoso – Testigo	2,41 <sup>***</sup>	9,58 <sup>***</sup>	0,16 <sup>***</sup>
Acoso – Acosador	5,97 <sup>***</sup>	57,85 <sup>***</sup>	0,26 <sup>***</sup>

Nota: K-S: Kolmogorov-Smirnov; \*\*\*  $p < 0,001$

### 2.4.2 Relaciones entre Ansiedad y Depresión y diferencias en función del sexo en niños y adolescentes de 10 a 16 años

En este apartado se muestran los resultados en torno a la Ansiedad y la Depresión, así como de los aspectos clínicos Inutilidad, Irritabilidad, Problemas de pensamiento y Síntomas psicofisiológicos.

En la Tabla 2.3 se presentan los resultados referidos a las diferencias en función del sexo para las variables Ansiedad, Depresión y los cuatro aspectos clínicos.

**Tabla 2. 3** Estadísticos descriptivos de la Ansiedad, la Depresión y los aspectos clínicos.

	CHICAS		CHICOS		U de Mann- Whitney	r
	M	DT	M	DT		
<b>ANSIEDAD</b>	39,71	9,98	37,12	8,54	36949,5**	0,12
<b>DEPRESION</b>	58,91	15,98	53,87	13,11	34980,0***	0,15
<b>IN</b>	16,16	4,98	14,59	4,22	34818,5***	0,16
<b>IR</b>	12,59	4,03	11,50	3,58	36018,5***	0,13
<b>PP</b>	15,02	4,45	14,39	4,14	39771,5	0,06
<b>SP</b>	33,19	8,06	30,91	6,62	36313,5**	0,13

\*\*  $p < 0,01$  \*\*\*  $p < 0,001$ . IN = inutilidad; IR = irritabilidad; PP = problemas de pensamiento; SP = síntomas psicofisiológicos.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en función del sexo en todas las variables evaluadas por el CECAD, excepto en el aspecto clínico Problemas de pensamiento. Aunque la puntuación media de las chicas fue mayor en todas las variables, la magnitud de dichas diferencias fue reducida.

A continuación, en la Tabla 2.4 se presentan los resultados de las correlaciones entre la Ansiedad, la Depresión y los aspectos clínicos, tanto en el grupo de chicas como en el de los chicos.

**Tabla 2.4.** Relación entre las variables Ansiedad, Depresión y los aspectos clínicos en el grupo de chicas (por encima de la diagonal) y en el de los chicos (por debajo de la diagonal).

	<b>A</b>	<b>D</b>	<b>IN</b>	<b>IR</b>	<b>PP</b>	<b>SP</b>
<b>A</b>	-	0,78 <sup>***</sup>	0,66 <sup>***</sup>	0,58 <sup>***</sup>	0,76 <sup>***</sup>	0,94 <sup>***</sup>
<b>D</b>	0,77 <sup>***</sup>	-	0,86 <sup>***</sup>	0,82 <sup>***</sup>	0,87 <sup>***</sup>	0,74 <sup>***</sup>
<b>IN</b>	0,67 <sup>***</sup>	0,87 <sup>***</sup>	-	0,59 <sup>***</sup>	0,69 <sup>***</sup>	0,62 <sup>***</sup>
<b>IR</b>	0,57 <sup>***</sup>	0,78 <sup>***</sup>	0,57 <sup>***</sup>	-	0,67 <sup>***</sup>	0,54 <sup>***</sup>
<b>PP</b>	0,75 <sup>***</sup>	0,84 <sup>***</sup>	0,67 <sup>***</sup>	0,60 <sup>***</sup>	-	0,69 <sup>***</sup>
<b>SP</b>	0,93 <sup>***</sup>	0,72 <sup>***</sup>	0,62 <sup>***</sup>	0,55 <sup>***</sup>	0,63 <sup>***</sup>	-

\*\*\*  $p < 0,001$ . A = Ansiedad; D = Depresión; IN=Inutilidad; IR= Irritabilidad; PP= Problemas de pensamiento; SP= Síntomas psicofisiológicos.

Los resultados muestran, tanto en el grupo de chicas como en el de chicos, correlaciones estadísticamente significativas y positivas, entre todas las variables evaluadas, siendo la magnitud de dichas relaciones alta o muy alta. En general, las correlaciones fueron mayores en el grupo de las chicas, excepto en la relación de la Inutilidad con la Ansiedad y la Depresión y, de la Irritabilidad con los Síntomas psicofisiológicos, donde la correlación fue mayor en el grupo de los chicos. Las correlaciones en el grupo de chicas oscilaron entre 0,54 y 0,94, con una mediana de 0,69. En el grupo de chicos estos valores fueron muy parecidos y oscilaron entre 0,55 y 0,93 con una mediana de 0,67.

### 2.4.3 Relación de la Ansiedad y la Depresión con la Autoestima

En este tercer apartado se presentan los resultados relativos a la Autoestima. En este sentido, en la Tabla 2.5 se muestran los resultados de las correlaciones de la Ansiedad, la Depresión y los aspectos clínicos Inutilidad, Irritabilidad, Problemas de pensamiento y Síntomas psicofisiológicos, con la Autoestima, tanto en el grupo de chicas como en el grupo de chicos.

**Tabla 2. 5** Relación de la Ansiedad, la Depresión y los aspectos clínicos con la Autoestima en el grupo de chicas y en el de chicos

	AUTOESTIMA	
	CHICAS	CHICOS
<b>ANSIEDAD</b>	-0,51 <sup>***</sup>	-0,31 <sup>***</sup>
<b>DEPRESION</b>	-0,58 <sup>***</sup>	-0,40 <sup>***</sup>
<b>IN</b>	-0,57 <sup>***</sup>	-0,42 <sup>***</sup>
<b>IR</b>	-0,41 <sup>***</sup>	-0,28 <sup>***</sup>
<b>PP</b>	-0,50 <sup>***</sup>	-0,29 <sup>***</sup>
<b>SP</b>	-0,50 <sup>***</sup>	-0,30 <sup>***</sup>

\*\*\*  $p < 0,001$ . IN=inutilidad; IR= irritabilidad; PP= problemas de pensamiento; SP= síntomas psicofisiológicos

Se encontraron correlaciones, estadísticamente significativas y negativas, de todas las variables evaluadas por el CECAD con la Autoestima. En el grupo de chicas, las magnitudes de las correlaciones fueron entre moderadas y altas. En cambio, en el grupo de chicos, las correlaciones fueron entre bajas y moderadas. En general, las correlaciones fueron mayores en el grupo de chicas. Concretamente, las correlaciones en el grupo de chicas oscilaron entre -0,41 y -0,58, con

una mediana de -0,51, mientras que en el grupo de chicos oscilaron entre -0,28 y -0,42 con una mediana de -0,31.

#### 2.4.4 Relación de la Ansiedad y la Depresión con la Empatía

En este apartado se presentan los resultados de las relaciones de la Ansiedad, la Depresión y los aspectos clínicos con la Empatía y sus dimensiones cognitivas y afectivas.

En la Tabla 2.6 se presentan los resultados de la relación de la Ansiedad y la Depresión, así como de la Inutilidad, la Irritabilidad, los Problemas de pensamiento y los Síntomas psicofisiológicos, con la Empatía total, las dimensiones cognitivas (Adopción de perspectivas y Comprensión emocional) y las dimensiones afectivas (Distrés empático y Alegría empática) en el grupo de las chicas.

**Tabla 2. 6** Relación de la Ansiedad y la Depresión con la Empatía en el grupo de las chicas

CHICAS	EMPATÍA				
	TOTAL	COGNITIVA		AFECTIVA	
		AP	CE	DE	AE
<b>ANSIEDAD</b>	-0,11*	-0,14*	-0,01	0,02	-0,19***
<b>DEPRESIÓN</b>	-0,14*	-0,19***	-0,02	-0,01	-0,24***
<b>IN</b>	-0,14*	-0,18**	-0,03	-0,02	-0,18**
<b>IR</b>	-0,09	-0,17**	0,01	0,02	-0,18**
<b>PP</b>	-0,07	-0,10	0,01	0,06	-0,20***
<b>SP</b>	-0,09	-0,13*	0,03	-0,01	-0,18**

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ . IN=Inutilidad; IR= Irritabilidad; PP= Problemas de pensamiento; SP= Síntomas psicofisiológicos; AP= Adopción de perspectivas; CE= Comprensión emocional; DE= Distrés empático; AE= Alegría empática.

En el grupo de las chicas, la Empatía total presentó correlaciones estadísticamente significativas y negativas con la Ansiedad, la Depresión y la Inutilidad. Sin embargo, el tamaño de dichas correlaciones fue reducido.

En cuanto a la relación de las dimensiones cognitivas de la Empatía con la Ansiedad y la Depresión, se encontraron correlaciones estadísticamente significativas y negativas, de la dimensión cognitiva Adopción de perspectivas con todas las variables evaluadas por el CECAD, excepto con los Problemas de pensamiento. Sin embargo, el tamaño de dichas correlaciones fue reducido. La dimensión cognitiva Comprensión emocional no mostró correlaciones con ninguna de las variables evaluadas por el CECAD.

En cuanto a la relación de las dimensiones afectivas de la Empatía, el Distrés empático no presentó correlaciones, ni con Ansiedad y Depresión, ni con ninguno de los aspectos clínicos. Sin embargo, la dimensión afectiva de Alegría empática mostró correlaciones estadísticamente significativas y negativas tanto con la Ansiedad y la Depresión como con los aspectos clínicos Inutilidad, Irritabilidad, Problemas de pensamiento y Síntomas psicofisiológicos. El tamaño de estas correlaciones fue reducido.

Con respecto al grupo de los chicos, en la **Tabla 2. 7** se presentan los resultados de las relaciones de la Ansiedad, la Depresión, y los aspectos clínicos (Inutilidad, la Irritabilidad, los Problemas de pensamiento y los Síntomas psicofisiológicos), con la Empatía y sus dimensiones cognitivas (Adopción de perspectivas y Comprensión emocional) y afectivas (Distrés empático y Alegría empática).

**Tabla 2. 7** Relación de la Ansiedad y la Depresión con la Empatía en el grupo de los chicos

CHICOS	EMPATÍA				
	TOTAL	COGNITIVA		AFECTIVA	
		AP	CE	DE	AE
<b>ANSIEDAD</b>	-0,02	-0,03	-0,02	0,07	-0,12
<b>DEPRESIÓN</b>	-0,13	-0,09	-0,11	-0,01	-0,16*
<b>IN</b>	-0,08	-0,10	-0,09	0,02	-0,11
<b>IR</b>	-0,16*	-0,06	-0,11	-0,04	-0,20**
<b>PP</b>	-0,06	-0,02	-0,10	0,04	-0,10
<b>SP</b>	-0,06	-0,08	-0,04	0,04	-0,15*

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ . IN=Inutilidad; IR= Irritabilidad; PP= Problemas de pensamiento; SP= Síntomas psicofisiológicos; AP= Adopción de perspectivas; CE= Comprensión emocional; DE= Distrés empático; AE= Alegría empática.

En el grupo de chicos, los resultados relativos a la Empatía total únicamente mostraron relaciones estadísticamente significativas y negativas con la Irritabilidad, con un tamaño reducido ( $Rho=-0,16$ ).

Con respecto a las dimensiones cognitivas de la Empatía, ni la Adopción de perspectivas ni la Comprensión emocional, presentaron correlaciones significativas con las variables Ansiedad, Depresión, Inutilidad, Irritabilidad, Problemas de pensamiento y Síntomas psicofisiológicos en el grupo de los chicos.

En cuanto a las dimensiones afectivas, únicamente la Alegría empática presentó correlaciones estadísticamente significativas y negativas con la Depresión, la Irritabilidad y los Síntomas psicofisiológicos, siendo el tamaño de dichas correlaciones reducido.

### 2.4.5 Relación de la Ansiedad y la Depresión con el Acoso escolar

En este quinto apartado se muestran los resultados relativos a los datos de Acoso escolar y su relación con la Ansiedad y la Depresión, así como los aspectos clínicos Inutilidad, Irritabilidad, Problemas de pensamiento y Síntomas psicofisiológicos.

En la Tabla 2.8 se presentan las frecuencias de las conductas de acoso, como víctima, testigo y acosador, en el grupo de las chicas y en el de los chicos, según el índice general de victimización calculado.

**Tabla 2. 8** Estadísticos de frecuencia del índice general de victimización

	CHICAS		CHICOS	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
<b>Víctima</b>	39	12,8	37	16,4
<b>Testigo</b>	134	45,3	88	39,8
<b>Acosador</b>	15	5,2	15	6,6

En lo relativo a la victimización, el 12,8 % de las chicas y el 16,4% de los chicos habían sido víctimas de acoso escolar (durante el último curso o los últimos seis meses). En cuanto a las conductas de acoso presenciadas como testigo, el 45,3 % de las chicas y el 39,8 % de los chicos fueron testigos de dichas conductas. Por último, en lo que se refiere a las conductas de acoso que habían realizado, el 5,2% de las chicas y el 6,6 % de los chicos informaron que habían sido agresores durante los últimos seis meses.

Además del índice general de victimización, se analizaron las relaciones entre el total de conductas padecidas, presenciadas y realizadas con Ansiedad, Depresión, Inutilidad, Irritabilidad, Problemas de pensamiento y Síntomas psicofisiológicos. Así, en la Tabla 2.9 se muestran los resultados obtenidos de los

análisis de correlación del Acoso escolar con las variables evaluadas por el CECAD, tanto en el grupo de las chicas como en el de los chicos.

**Tabla 2. 9** Relación de la Ansiedad y la Depresión con el acoso escolar en el grupo de las chicas y en el de los chicos

	CHICAS			CHICOS		
	Víctima	Testigo	Acosa- dor	Víctima	Testigo	Acosa- dor
<b>ANSIEDAD</b>	0,37 <sup>***</sup>	0,21 <sup>***</sup>	0,17 <sup>**</sup>	0,36 <sup>***</sup>	0,32 <sup>***</sup>	0,28 <sup>***</sup>
<b>DEPRESIÓN</b>	0,35 <sup>***</sup>	0,25 <sup>***</sup>	0,23 <sup>***</sup>	0,44 <sup>***</sup>	0,31 <sup>***</sup>	0,40 <sup>***</sup>
<b>IN</b>	0,34 <sup>***</sup>	0,20 <sup>***</sup>	0,18 <sup>**</sup>	0,36 <sup>***</sup>	0,26 <sup>***</sup>	0,31 <sup>***</sup>
<b>IR</b>	0,23 <sup>***</sup>	0,19 <sup>***</sup>	0,19 <sup>***</sup>	0,31 <sup>***</sup>	0,31 <sup>***</sup>	0,41 <sup>***</sup>
<b>PP</b>	0,25 <sup>***</sup>	0,21 <sup>***</sup>	0,21 <sup>***</sup>	0,37 <sup>***</sup>	0,24 <sup>***</sup>	0,29 <sup>***</sup>
<b>SP</b>	0,34 <sup>***</sup>	0,20 <sup>***</sup>	0,16 <sup>**</sup>	0,28 <sup>***</sup>	0,27 <sup>***</sup>	0,26 <sup>***</sup>

\*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ . IN=Inutilidad; IR= Irritabilidad; PP= Problemas de pensamiento; SP= Síntomas psicofisiológicos.

Los resultados referidos a la relación de la Victimización con la Ansiedad y la Depresión mostraron correlaciones estadísticamente significativas y positivas, tanto con la Ansiedad y la Depresión como con todos los aspectos clínicos, tanto en el grupo de las chicas como en el de los chicos. Las correlaciones fueron algo superiores en el grupo de los chicos, excepto en la variable Síntomas psicofisiológicos, que fue ligeramente mayor en el grupo de las chicas. La mayoría de las correlaciones fueron de un tamaño moderado. Concretamente, en el caso de las chicas las correlaciones oscilaron entre 0,23 y 0,37 con una mediana de 0,34, mientras que en el caso de los chicos oscilaron entre 0,28 y 0,44 con una mediana de 0,36.

En el caso de las conductas de acoso presenciadas, tanto en el grupo de las chicas como en el de los chicos, se encontraron correlaciones estadísticamente significativas y positivas con la Ansiedad, la Depresión y todos los aspectos clínicos. Las correlaciones fueron algo superiores en el grupo de los chicos, aunque el tamaño de las correlaciones, en general, fue reducido. Concretamente, en el caso de las chicas las correlaciones oscilaron entre 0,19 y 0,25 con una mediana de 0,20, mientras que en el caso de los chicos oscilaron entre 0,24 y 0,32 con una mediana de 0,29.

En cuanto a las conductas de acoso realizadas, el patrón es parecido a las dos figuras anteriores, siendo de nuevo las relaciones positivas y estadísticamente significativas y superiores en el grupo de los chicos. Sin embargo, en este caso el tamaño de las correlaciones en el grupo de las chicas fue muy bajo y en el de los chicos se apreciaron algunas correlaciones moderadas y otras bajas. En este sentido, en el caso de los chicos, las correlaciones oscilaron entre 0,26 y 0,41 con una mediana de 0,30.

#### **2.4.6 Modelos predictivos**

En el último apartado se presentan los resultados de los modelos predictivos para tratar de explicar la Ansiedad y la Depresión a partir de las tres variables analizadas en este estudio.

Así, en la Tabla 2.10 se presentan los modelos predictivos de la Ansiedad para el grupo de las chicas y para el de los chicos.

El modelo predictivo de la Ansiedad en el grupo de las chicas presentó un tamaño del efecto grande, con un 35% de varianza explicada. Sin embargo, la única variable predictora estadísticamente significativa fue la Autoestima, presentando una relación inversa, es decir, las chicas que puntuaron más alto en Autoestima puntuaron más bajo en Ansiedad.

En cuanto al grupo de los chicos, el modelo predictivo de la Ansiedad presentó un tamaño del efecto moderado, con un 17% de varianza explicada. En este

caso, las variables predictoras que resultaron estadísticamente significativas fueron la Autoestima, la Empatía y la Victimización. Concretamente, los chicos que puntuaron más bajo en Autoestima obtuvieron puntuaciones más altas de Ansiedad, mientras que los chicos que puntuaron más alto en Empatía y Victimización presentaron puntuaciones más altas de Ansiedad.

**Tabla 2. 10** Modelos predictivos de la Ansiedad

<b>MODELO PREDICTIVO ANSIEDAD EN CHICAS</b>					
<b>Variables predictoras</b>	<b>B</b>	<b>ET B</b>	<b>β</b>	<b>t</b>	<b>R<sup>2</sup> ajustada</b>
<b>Constante</b>	48,04	7,84		6,13 <sup>***</sup>	0,35
<b>Autoestima</b>	-1,04	0,11	-0,51	-9,62 <sup>***</sup>	
<b>Empatía</b>	0,09	0,05	0,09	1,76	
<b>Víctima</b>	0,48	0,16	0,17	2,91	
<b>Testigo</b>	0,11	0,06	0,10	1,89	
<b>Acosador</b>	0,10	0,24	0,02	0,43	
<b>MODELO PREDICTIVO ANSIEDAD EN CHICOS</b>					
<b>Variables predictoras</b>	<b>B</b>	<b>ET B</b>	<b>β</b>	<b>t</b>	<b>R<sup>2</sup> ajustada</b>
<b>Constante</b>	24,31	8,80		2,760 <sup>**</sup>	0,17
<b>Autoestima</b>	-0,54	0,13	-0,29	-4,13 <sup>***</sup>	
<b>Empatía</b>	0,15	0,06	0,18	2,60 <sup>*</sup>	
<b>Víctima</b>	0,35	0,15	0,18	2,37 <sup>*</sup>	
<b>Testigo</b>	0,16	0,10	0,12	1,58	
<b>Acosador</b>	0,19	0,27	0,05	0,68	

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .

A continuación, en la Tabla 2.11 se presentan los resultados de los modelos predictivos de la Depresión, a partir de las variables evaluadas en el presente estudio, tanto para el grupo de las chicas como para el de los chicos.

**Tabla 2. 11** Modelos predictivos de la Depresión

<b>MODELO PREDICTIVO DEPRESIÓN EN CHICAS</b>					
<b>Variables predictoras</b>	<b>B</b>	<b>ET B</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b>t</b>	<b>R<sup>2</sup> ajustada</b>
<b>Constante</b>	87,90	11,27		7,79 <sup>***</sup>	0,43
<b>Autoestima</b>	-1,91	0,15	-0,61	-12,30 <sup>***</sup>	
<b>Empatía</b>	0,12	0,08	0,07	1,55	
<b>Víctima</b>	0,55	0,24	0,12	2,33 <sup>*</sup>	
<b>Testigo</b>	0,14	0,08	0,08	1,71	
<b>Acosador</b>	0,18	0,35	0,03	0,52	
<b>MODELO PREDICTIVO DEPRESIÓN EN CHICOS</b>					
<b>Variables predictoras</b>	<b>B</b>	<b>ET B</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b>t</b>	<b>R<sup>2</sup> ajustada</b>
<b>Constante</b>	47,71	13,13		3,63 <sup>***</sup>	0,24
<b>Autoestima</b>	-1,22	0,19	-0,42	-6,26 <sup>***</sup>	
<b>Empatía</b>	0,22	0,09	0,17	2,59 <sup>*</sup>	
<b>Víctima</b>	0,58	0,22	0,19	2,64 <sup>**</sup>	
<b>Testigo</b>	-0,02	0,15	-0,01	-0,11	
<b>Acosador</b>	0,58	0,41	0,10	1,42	

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .

En el grupo de las chicas, el modelo predictivo de la Depresión presentó un tamaño del efecto grande, con un 43% de varianza explicada. En este modelo las variables predictoras estadísticamente significativas fueron la Autoestima y la Victimización. Concretamente, las chicas que puntuaron más bajo en Autoestima y más alto en Victimización son las que presentaron puntuaciones más altas en Depresión.

El modelo predictivo de la Depresión en el grupo de los chicos, presentó un tamaño del efecto moderado, con un 24% de varianza explicada. En este caso, las variables predictoras estadísticamente significativas fueron las mismas que en el caso de la Ansiedad, es decir la Autoestima, la Empatía y la Victimización.

### **2.5 CONCLUSIONES**

El objetivo principal del estudio presentado en este capítulo fue el de describir las relaciones de las variables ansiedad y depresión con la autoestima, la empatía y el acoso escolar en niños y adolescentes con edades comprendidas entre los entre 10 y los 16 años. Asimismo, se pretendía obtener sendos modelos predictivos de la ansiedad y la depresión, a partir de las variables autoestima, empatía y acoso escolar, tanto para el grupo de las chicas como para el de chicos.

En general, en el rango de edad estudiado se han encontrado puntuaciones más altas en la ansiedad, la depresión y en los aspectos clínicos inutilidad, irritabilidad, problemas de pensamiento y síntomas psicofisiológicos de las chicas, aunque la magnitud de dichas diferencias fue reducida.

Las correlaciones entre las variables evaluadas por el CECAD fueron estadísticamente significativas y positivas, siendo la magnitud de dichas relaciones alta o muy alta.

Respecto a las relaciones con la autoestima, se encontraron correlaciones, estadísticamente significativas y negativas, de todas las variables evaluadas por

el CECAD con dicha variable. Estas correlaciones fueron entre moderadas y altas en el grupo de las chicas y entre bajas y moderadas en el de los chicos.

Respecto a la empatía total, en el grupo de las chicas se encontraron correlaciones muy bajas con las variables evaluadas por el CECAD. En el grupo de chicos la empatía total únicamente mostró relaciones estadísticamente significativas e inversas, aunque de tamaño reducido, con la irritabilidad. En cuanto a las relaciones, tanto de la dimensión cognitiva como de la afectiva, con la ansiedad y la depresión, se podría concluir que, si bien en algunos casos se encontraron correlaciones estadísticamente significativas, estas fueron bajas.

Los resultados de la relación de la victimización con la ansiedad y la depresión mostraron correlaciones, en general, moderadas, estadísticamente significativas y positivas, tanto con la ansiedad y la depresión como con los aspectos clínicos inutilidad, irritabilidad, problemas de pensamiento y síntomas psicofisiológicos, tanto en el grupo de las chicas como en el de los chicos. En el caso de las relaciones de las conductas de acoso presenciadas como testigos y las conductas de acoso realizadas con la ansiedad y la depresión, las correlaciones fueron de tamaño reducido.

Finalmente, respecto a los modelos predictivos, el modelo de la ansiedad en el grupo de las chicas presentó un elevado tamaño del efecto, siendo la única variable estadísticamente significativa la autoestima. En el caso de los chicos, el modelo predictivo para la ansiedad presentó un tamaño del efecto medio y las variables predictoras que tuvieron valor explicativo fueron la autoestima, la empatía y la victimización.

El modelo predictivo de la depresión presentó un gran tamaño del efecto en el grupo de chicas, siendo la autoestima y la victimización las variables que predicen la depresión. En el grupo de chicos, el modelo presentó un tamaño del efecto moderado y las variables predictoras estadísticamente significativas fueron la autoestima, la empatía y la victimización.



---



Capítulo 3  
**RELACIÓN DE LA ANSIEDAD Y LA  
DEPRESIÓN CON EL APEGO EN JÓVENES DE  
16 A 18 AÑOS**



---

## **CAPÍTULO 3: RELACIÓN DE LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN CON EL APEGO EN JÓVENES DE 16 A 18 AÑOS**

### **3.1 INTRODUCCIÓN**

En el primer capítulo se ha presentado el proceso de adaptación del CECAD al euskera. Esta adaptación ha permitido utilizar la versión en euskera del CECAD para desarrollar el estudio presentado en el capítulo 2. En dicho capítulo, se han analizado las relaciones de la ansiedad y la depresión con la autoestima, la empatía y el acoso escolar en niños y adolescentes entre los 10 y los 16 años. Finalmente, en este tercer capítulo, se analizarán las relaciones de la ansiedad y la depresión con el apego. Cabe señalar que en el estudio que se presenta en este capítulo, el rango de edad oscila entre los 16 y los 18 años. Comenzamos el capítulo, definiendo el constructo de interés, y las relaciones de la ansiedad y la depresión con el apego en este rango de edad, encontradas en la literatura científica.

#### **3.1.1. La teoría del apego**

Las personas cuando nacen están indefensas, es decir, no tienen la capacidad de sobrevivir por ellas mismos sin la ayuda de otras personas. Por lo tanto, y ya que el ser humano depende de otras personas para sobrevivir, uno de los procesos fundamentales que se dan desde el nacimiento es el proceso de socialización. En este sentido, deben aprenderse las normas y valores de la sociedad, las costumbres, los roles y las conductas sociales que se esperan de uno en la sociedad a la que pertenece y crear vínculos afectivos con los miembros de la misma. Al mismo tiempo, como cada persona es única, también debe desarrollar una identidad propia (Fuentes et al., 1999). La teoría más extendida y aceptada sobre el proceso de socialización es la Teoría del apego planteada por John Bowlby. Dicho autor sostenía que, en su configuración genética, los niños nacen provistos de un sistema de conductas que les impulsa a buscar proximidad y

contacto con sus cuidadores principales, sobre todo, en situaciones en las que precisan de protección/seguridad y consuelo. Este sistema adaptativo, también denominado “sistema de apego”, favorece la concepción de un vínculo emocional entre el niño y su cuidador, vínculo al que Bowlby se refirió como “apego” (Bowlby, 1995).

John Bowlby fue un psiquiatra y psicólogo inglés, que se dedicaba al ámbito clínico y, que en 1979 publicó *The Making and Breaking of Affectional Bonds*, una colección de conferencias breves que había impartido durante las dos décadas anteriores. Todas estas conferencias tenían como base la teoría del apego, que fue formulada para el diagnóstico y tratamiento de familias y pacientes con problemas emocionales, aunque su uso se extendió rápidamente al ámbito de la investigación.

En cuanto a la teoría del apego, Bowlby (1995) planteó que ser un padre exitoso suponía un gran esfuerzo, y que para algunos significaba sacrificar otros intereses y actividades. De hecho, en los estudios existentes se constataba que los adolescentes y los adultos jóvenes sanos, felices y seguros de sí mismos, eran el producto de hogares estables en los que ambos padres dedicaban gran cantidad de tiempo y atención a los hijos (Grinker et al., 1962; Erikson, 1968). Asimismo, observó que resultaría útil considerar el vínculo del niño con su madre, que en aquel momento se denominaba dependencia, como el resultado de conjuntos de pautas de conducta características, en parte pre-programadas, que se desarrollan en el ámbito cotidiano durante los primeros meses de vida y que tienen el efecto de mantener al niño en una proximidad más o menos estrecha con su figura materna (u otras personas encargadas de su cuidado). A este vínculo, surgido a partir de este conjunto de pautas, la denominó apego.

Así, planteó la teoría de apego destacando la importancia de las emociones que acompañan a este vínculo: “Si la relación funciona bien, produce alegría y una sensación de seguridad. Si resulta amenazada, surgen los celos, la ansiedad

y la ira. Si se rompe, habrá dolor y depresión. Finalmente, existen pruebas fehacientes de que el modo en que la conducta de apego llega a organizarse dentro de un individuo, depende en grado sumo de los tipos de experiencia que tiene en su familia de origen o, si es desafortunado, fuera de ella” (Bowlby, 1995, p.16).

Aunque Bowlby fue el primero en plantear la teoría del apego, era partidario de colaborar con otros investigadores que aportaran diferentes perspectivas (Bretherton, 1992). Durante muchos años trabajó con otros profesionales en esta teoría, entre las que destaca la contribución de Mary Ainsworth, que planteó la técnica experimental denominada *situación extraña* (Ainsworth y Bell, 1970) que permite observar patrones de apego entre el niño y su figura de apego (Ainsworth et al., 1978).

Por tanto, la teoría del apego, desarrollada a lo largo de varias décadas, se define como la propensión del ser humano a hacer fuertes lazos afectivos con otros y evolucionar para mantener la proximidad entre el niño y su cuidador, especialmente en condiciones de amenaza. El sistema de apego funciona dándole al niño una sensación de seguridad que facilita la exploración por parte del niño y, por tanto, la calidad del vínculo se relaciona con lo seguro que se siente el niño con su figura de apego. De acuerdo con la teoría de Bowlby, los niños internalizan sus experiencias con los cuidadores en el apego temprano formando un prototipo para sus futuras relaciones con las personas fuera de su familia. Bowlby identifica dos características principales de estas representaciones internas. Por un lado, si la figura de apego es el tipo de persona que, en general, responde a las llamadas de apoyo y protección y, por otro lado, si el mismo niño es la clase de persona a la que cualquier persona, y especialmente la figura de apego, es probable que acuda a ayudar. El primero se refiere a cómo el niño percibe a los otros y, el segundo, a cómo el niño se percibe a sí mismo.

En lo referente a los tipos de apego, Ainsworth distinguió tres tipos de apego diferentes: el apego seguro, el ambivalente y el evitativo. En referencia a

estos tipos de apego y sus estudios con la técnica antes mencionada de la situación extraña, esta autora concluyó que los niños con apego seguro daban la bienvenida a su figura de apego tras la separación, buscando proximidad y calmándose fácilmente. Sin embargo, los niños con un apego ambivalente, mostraban conductas ambivalentes hacia su figura de apego (pidiendo consuelo, pero evitando el mismo una vez lo recibían) y eran difíciles de calmar después de la separación, y los niños con apego evitativo evitaban a la figura de apego después de la separación (Ainsworth, et al., 1978).

Bartholomew y Horowitz (1991), a partir de la propuesta de Bowlby de los dos ejes del apego (la percepción del individuo sobre sí mismo y la percepción de los demás) y a partir de los tres tipos de apego planteados por Ainsworth, propusieron un modelo de cuatro tipos de apego. Estos cuatro tipos se clasifican en función de si la imagen de los otros es positiva o negativa, y en función de si la imagen de uno mismo es positiva o negativa. Así, los cuatro tipos de apego serían, por un lado, el apego seguro (con una imagen positiva de los demás y de uno mismo), que sería el equivalente al apego seguro del planteamiento de los tres tipos de apego. Por otro lado, los tres tipos de apego inseguro serían, el apego preocupado (con una imagen positiva de los otros y negativa de uno mismo), equivalente al apego ambivalente; por último, los equivalentes, en parte, al apego evitativo, serían el apego miedoso-evitativo (con una imagen negativa de los otros y de uno mismo) y el apego desorganizado (con una imagen negativa de los otros y una positiva de uno mismo). Cada uno de estos tipos de apego presenta características diferentes.

A continuación, se resumen las características principales de cada tipo de apego (Balluerka et al., 2011).

Entre las características de las personas con diferentes tipos de apego encontramos que las personas con un apego seguro perciben sus relaciones familiares actuales como de confianza y apoyo, valoran las relaciones de apego, com-

parten y expresan abiertamente sus sentimientos y están agradecidos a sus figuras de apego, aceptando las experiencias del pasado, con independencia de si estas han sido satisfactorias o no.

En cuanto a las personas con un estilo de apego ambivalente-preocupado, valoran sus relaciones de apego, tienen tendencia a mostrar una preocupación excesiva por los miembros de su familia, tienen miedo a ser abandonados y no son unas personas muy autónomas. Asimismo, en los recuerdos del pasado suelen incluir algún tipo de rechazo o interferencia de sus padres, dándose así un resentimiento hacia las experiencias pasadas de apego.

Por su parte, las personas con un estilo de apego evitativo tienden a no confiar en los miembros de su familia y suelen infravalorar las relaciones de apego, tienden a ser autosuficientes e independientes y a controlar sus emociones. Asimismo, no suelen recordar muchas cosas del pasado y los recuerdos que tienen pueden idealizar, rechazar o ser indiferentes hacia sus figuras de apego.

Por último, la característica principal de las personas con un estilo de apego no resuelto o desorganizado, suele ser la incapacidad de mantener una estrategia de apego coherente.

Por tanto, las relaciones del niño con sus figuras de apego crean un esquema y unas expectativas, hacia sí mismo y hacia los demás, que afectan la interacción del niño y futuro adulto, con su entorno.

En relación a la medición del apego, además de técnicas observacionales muy utilizadas en niños, existen otro tipo de medidas heteroinformadas y autoinformadas que son más utilizadas con adolescentes, jóvenes y adultos. Entre las heteroinformadas, uno de los instrumentos más extensamente utilizado sería la entrevista *Adult Attachment Interview* (AAI; George et al., 1985) y sus diversas versiones (*Child Attachment Interview*. CAI. Shmueli-Goetz, et al., 2008 y *Attachment Interview for Childhood and Adolescence*. AICA. Ammaniti, et al., 2000).

Respecto a las medidas autoinformadas, algunos de los cuestionarios más utilizados son el *Adolescent Attachment Questionnaire* (AAQ; West et al., 1998), el *Attachment Style Questionnaire* (ASQ; Feeney et al., 1994), la escala *Experiences in Close Relationships* (ECR; Brennan et al., 1998), el *Parental Bonding Instrument* (PBI; Parker et al., 1979), y el *Inventory of Parent and Peer Attachment* (IPPA; Armsden y Greenberg, 1987). De todos estos instrumentos, el único que está adaptado a la población vasca adolescente es el IPPA (Alonso-Arbiol et al., 2014). Cabe señalar que, a diferencia de otras adaptaciones lingüísticas donde se ha visto una estructura de tres dimensiones, la adaptación del IPPA al euskera aporta una estructura unidimensional. Concretamente, mayores puntuaciones en esta dimensión indican una mayor seguridad en el vínculo del adolescente con las figuras de apego.

Además del IPPA, existe otro instrumento que permite evaluar el apego en adolescentes vascos. Este instrumento es el CaMir-R-B, es decir la adaptación al euskera de la versión reducida del CaMir. El CaMir original (Pierrehumbert et al., 1996; adaptado al castellano por Lacasa, 2008) es un instrumento que tiene cierta complejidad de administración, debido sobre todo a su administración en dos etapas, incluyendo el uso del procedimiento Q-Sort en la segunda. Este procedimiento, junto con su longitud, hace que el instrumento sea complejo en su uso, requiera de una aplicación individual y de una duración de aproximadamente una hora (Balluerka et al., 2011). En el contexto de la investigación, resulta más interesante la versión reducida que se ha desarrollado de este instrumento, ya que es útil para evaluar las representaciones de apego y de la estructura familiar y permite una administración más rápida y sencilla que la de la prueba original. Respecto a la adaptación al euskera de dicha versión traducida, el CaMir-R-B (Aliri et al., en prensa), aporta información sobre 5 dimensiones que se refieren a las representaciones del apego. Concretamente, en relación a los cuatro estilos clásicos del apego, la dimensión de Seguridad mide la disponibilidad y el apoyo de las figuras de apego, y se asocia con el estilo de apego seguro; la dimensión

denominada Preocupación familiar hace referencia a la ansiedad de separación de las figuras de apego y la excesiva preocupación por su salud y bienestar, y, junto con la dimensión denominada Interferencia de los padres, que evalúa el recuerdo de haber recibido una crianza con conductas de sobreprotección, y de haber sentido preocupación por ser abandonado, se asocia con el apego preocupado; la dimensión de Autosuficiencia y rencor contra los padres, que mide el hecho de haber sentido rechazo por los sentimientos de dependencia con las figuras de apego, se asocia con el apego evitativo; y, finalmente, la dimensión denominada Traumatismo infantil, que evalúa el recuerdo de haber tenido sentimientos de falta de disponibilidad o de situaciones violentas en la infancia, se asocia con el apego no resuelto o desorganizado.

### **3.1.2 Relación del apego con la ansiedad y la depresión**

En el capítulo anterior se ha presentado una síntesis de una serie de variables y contextos que se relacionan con los trastornos de ansiedad y depresión, siendo uno de ellos el contexto familiar. En este sentido, se mencionaron varios factores familiares que se relacionan con la ansiedad, como pueden ser la parentalidad, la negligencia, la sobreprotección, el abuso... (ver capítulo 2). Estas conductas dentro de la familia, contribuyen a la construcción de las relaciones y del apego. Por tanto, las diferentes dinámicas familiares tienen como resultado diferentes tipos de apego, con sus esquemas sociales y personales específicos, y las conductas derivadas de ellas, repercuten en el bienestar personal.

Aunque la teoría del apego se formuló en principio en relación con la infancia, el estudio de las relaciones de apego en etapas del desarrollo posteriores ha mostrado que el apego sigue siendo un factor relevante en el bienestar individual (Ainsworth, 1985; Lacasa y Muela, 2014). En este sentido, el ajuste psicológico en los adolescentes se relaciona con el apego, y está basado en representaciones específicas de sus interacciones con sus figuras de apego pasadas y presentes (Allen y Tan, 2016). Entre los estudios que examinan la relación entre los diferentes tipos de apego y el ajuste psicosocial de los adolescentes, se ha encontrado

que el apego inseguro se relaciona con más síntomas psicológicos, mientras que el apego seguro se relaciona con un mejor ajuste (Brown y Wright, 2001; Keskin y Çam, 2010; Muris et al., 2001; Seiffge-Krenke, 2006).

Asimismo, el apego inseguro se ha considerado un factor de riesgo para problemas de salud mental en niños y adolescentes (Groh et al., 2017). Más específicamente, un apego inseguro en adolescentes se ha relacionado con más problemas internalizantes (Madigan et al., 2016; Muris et al., 2003; Tambelli et al., 2012). Un meta-análisis realizado por Madigan et al. (2016) encontró que, entre el espectro de conductas internalizantes, las magnitudes de las correlaciones entre el apego y la depresión era mayor que el observado en la ansiedad. Asimismo, otros estudios han encontrado correlaciones entre el apego inseguro y la depresión (Allen et al., 2007; Lee y Hankin; 2009), en algunos casos, han encontrado esta relación de la depresión en la adolescencia con un apego inseguro con la madre (Homann, 1997). Y otros han encontrado esta relación del apego inseguro con la ansiedad (Bögels y Brechman-Toussaint, 2006).

Entre los diferentes tipos de apego inseguro, varios estudios han encontrado que los adolescentes con un apego ambivalente tienden a mostrar más síntomas internalizantes (Allen et al., 1998; Bakermans-Kranenburg y van IJzendoorn, 2009; Lacasa et al., 2015; Brown y Wright, 2003). En cuanto al apego preocupado, se ha relacionado con mayores niveles de ansiedad (Dagan et al., 2020). En la revisión realizada por Colonesi et al. (2011) encontraron una correlación entre la ansiedad y el apego inseguro ambivalente, siendo esta relación más fuerte en el caso de los adolescentes, cuando el apego y la ansiedad se evaluaban con autoinformes y cuando el informante era el propio niño. Por su parte, Adam et al. (1995) encontraron que los adolescentes con altos niveles en características suicidas tenían un apego preocupado o no resuelto.

En cuanto al apego evitativo, se ha relacionado con los problemas externalizantes (Bakermans-Kranenburg y van IJzendoorn, 2009; Reimer et al., 1996) y

el apego desorganizado parece estar más relacionado con síntomas externalizantes que con síntomas internalizantes (Groh et al., 2012).

En cuanto a las diferencias en función del sexo, las mujeres parecen tener más apego seguro que los hombres (Matsuoka et al., 2006). En lo que respecta al apego inseguro, las mujeres suelen tener una mayor tendencia al apego ambivalente y los hombres hacia el apego evitativo (Brennan et al. 1998).

En una revisión de estudios acerca de la relación entre el apego y el desarrollo de problemas internalizantes en la infancia y adolescencia se encontró que las relaciones del apego inseguro con la ansiedad y la depresión eran más fuertes que con los síntomas internalizantes. También se observó que las relaciones con el apego eran más fuertes en la preadolescencia/adolescencia que en la infancia (Brumariu y Kerns, 2010).

Aunque la literatura parece indicar que la ansiedad y la depresión están relacionados con un apego inseguro, especialmente de la ansiedad con el apego ambivalente y la depresión con el apego evitativo, resulta necesario profundizar en tales relaciones.

### **3.2 OBJETIVOS E HIPÓTESIS**

El objetivo principal de este estudio fue el de examinar las posibles relaciones entre las variables ansiedad y depresión con el apego en jóvenes estudiantes de bachillerato.

En primer lugar, se pretendían analizar las características y las diferencias en función del sexo en las variables ansiedad y depresión, así como los aspectos clínicos inutilidad, irritabilidad, síntomas psicofisiológicos y problemas de pensamiento.

En segundo lugar, en lo referente al apego, se pretendía estudiar las posibles relaciones de la ansiedad, la depresión y los aspectos clínicos con los dife-

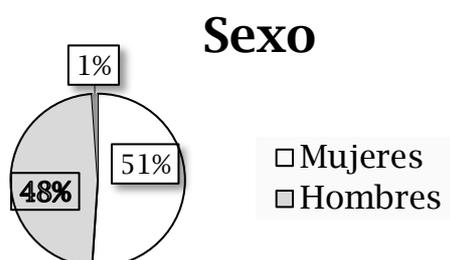
rentes estilos de apego desarrollados por los jóvenes. En este sentido se esperaba encontrar una correlación negativa entre el apego seguro y los síntomas de ansiedad y depresión. Más concretamente, se esperaba que los síntomas de ansiedad se relacionaran con características más comunes del apego ambivalente, mientras que los síntomas de depresión se esperaba que mostrara correlaciones mayores, tanto con el apego inseguro como con las características del apego inseguro, que la ansiedad.

En último lugar, se pretendía crear un modelo predictivo tanto para la ansiedad como para la depresión, a partir de las variables utilizadas para evaluar el apego.

### 3.3 METODOLOGÍA

#### 3.3.1 Muestra

La muestra estuvo compuesta por 284 estudiantes de bachillerato de 6 centros educativos de la Comunidad Autónoma del País Vasco. El 51,1% de los participantes fueron mujeres, el 47,9% hombres, y tres personas (1,1%) no indicaron el sexo (ver Figura 3. 1). El rango de edad oscilaba entre los 15 y 20 años, siendo la gran mayoría (el 91,9% de entre 16 y 17 años), la media de edad fue de 16,55 años y una desviación típica de 0,68 años.



**Figura 3. 1** Distribución de la muestra normativa por sexo

### **3.3.2 Instrumentos**

En el presente estudio se utilizaron cuatro cuestionarios; un cuestionario de variables sociodemográficas, la adaptación al euskera del CECAD: Cuestionario Educativo clínico de Ansiedad y Depresión, y el Inventario de Apego de Progenitores y Pares (IPPA) y el CaMir-R-B.

#### **Cuestionario de variables sociodemográficas**

Este cuestionario incluía preguntas relativas al sexo, edad, centro educativo, curso, etc.

#### **Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión**

El CECAD (Lozano-González et al., 2007), en su versión adaptada al euskera (Gorostiaga et al., 2018) y cuyo proceso de adaptación hemos descrito en el capítulo 1, permite evaluar la existencia de síntomas de ansiedad y depresión, además de aspectos clínicos como la inutilidad, la irritabilidad, los problemas de pensamiento y los síntomas psicofisiológicos. Puede ser aplicado a personas a partir de los 7 años, tanto en el ámbito clínico como en el educativo, pudiendo aplicarse de manera individual o colectiva, con una duración media de la aplicación de entre 15-30 minutos, dependiendo del nivel de lectura de los participantes. El CECAD está compuesto por 50 ítems que se responden en una escala tipo Likert que oscila entre 1 (Nunca) y 5 (Siempre). En lo que se refiere a las características psicométricas del instrumento, la consistencia interna de la escala es adecuada. Concretamente los valores de alfa de Cronbach para la dimensión de Ansiedad y la dimensión de Depresión en este estudio fueron 0,86 y 0,92 respectivamente (los valores para los aspectos clínicos también fueron adecuados oscilando entre 0,81 y 0,73).

### **Inventario de Apego de Progenitores y Pares (IPPA)**

Se utilizó la versión en euskera del Inventario de Apego de Progenitores y Pares (Alonso-Arbiol et al., 2014). El IPPA evalúa el apego hacia cada una de las figuras paternas mediante un único factor que proporciona una medida de seguridad con respecto al apego. En este estudio se han utilizado las formas IPPA-Madre e IPPA-Padre que constan de 17 ítems cada una y que se responden en un formato de respuesta tipo Likert de 5 puntos (1 = *Nunca o casi nunca*, 5 = *Siempre o casi siempre*). La consistencia interna de las escalas en este estudio fue alta (alfa de Cronbach de .89 y .91, IPPA-Madre y Padre, respectivamente).

### **CaMir-R-B**

La versión española reducida del CaMir (CaMir-R, Balluerka, et al., 2011) mide las representaciones del apego y de la estructura familiar mediante 32 ítems que se agrupan en siete dimensiones. La escala de respuesta es de tipo Likert con 5 puntos (1 = *Totalmente en desacuerdo*, 5 = *Totalmente de acuerdo*). En el presente estudio se aplicó la versión en euskera del CaMir-R (Aliri et al., online first) que consta de 26 ítems del bloque denominado “representaciones del apego” cuya estructura está formada por 5 dimensiones: Seguridad: disponibilidad y apoyo de las figuras de apego; Preocupación familiar; Interferencia de los padres; Autosuficiencia y rencor contra los padres; y Traumatismo infantil. Para cumplimentar este cuestionario los participantes deben utilizar un formato de respuesta tipo Likert de 5 puntos (1 = *Totalmente en desacuerdo*, 5 = *Totalmente de acuerdo*). La consistencia interna de las escalas en este estudio, evaluada mediante el alfa de Cronbach, osciló entre de .53 y .74). Si bien es cierto que 0,53 es un valor bajo para la consistencia interna, hay que tener en cuenta que la dimensión Autosuficiencia y rencor contra los padres, que es la dimensión que obtuvo dicho valor, tiene tan solo 4 ítems.

### **3.3.3 Procedimiento**

En primer lugar, se seleccionaron de manera aleatoria los centros educativos para su inclusión en el estudio a partir del listado de centros educativos disponible en la página oficial del Departamento de Educación del Gobierno Vasco. Una vez seleccionados los centros, se contactó con ellos y se inició el proceso de recogida de las autorizaciones y los consentimientos informados tanto de los centros educativos como de los padres, madres o tutores legales de los menores de edad, así como los de los participantes.

Una vez recogidos todos los consentimientos se procedió a la administración de los cuestionarios. Estos se administraron a los participantes, en sus aulas habituales, en horario lectivo, en una sesión de una hora y bajo la supervisión de un psicólogo miembro del grupo de investigación.

El orden de aplicación de los instrumentos fue el siguiente: variables socio-demográficas, CaMir-R-B, IPPA y CECAD.

### **3.3.4 Análisis de datos**

A fin de responder a los objetivos del presente estudio, se utilizaron los siguientes procedimientos de análisis de datos.

Como paso previo a los análisis principales, se analizó la distribución (simetría, curtosis y normalidad) de los datos de las puntuaciones de las escalas y subescalas, prestando atención a los posibles valores extremos y valores perdidos. En cuanto a los valores extremos o atípicos, tomando como referencia el test de Tukey, se ha considerado un valor atípico leve, cuando la puntuación en la escala se encontraba a una distancia de 1,5 rangos intercuartílicos, y un valor atípico extremo, cuando la puntuación en la escala se encontraba a una distancia igual o superior a tres rangos intercuartílicos.

Centrándonos en los análisis principales, en primer lugar, se analizaron las diferencias en función del sexo tanto para las escalas principales de Ansiedad y

Depresión, como para las escalas clínicas de Inutilidad, Irritabilidad, Problemas de pensamiento y Síntomas psicofisiológicos. Asimismo, se analizaron las correlaciones entre las puntuaciones obtenidas en las 6 variables, tanto en el grupo de chicas como en el de chicos.

En segundo lugar, se analizaron los datos relativos al apego y a la ansiedad y la depresión. Así, en grupos separados de chicas y chicos se calcularon los coeficientes de correlación de las dimensiones del apego con la ansiedad y la depresión y los 4 aspectos clínicos (inutilidad, irritabilidad, problemas de pensamiento y síntomas psicofisiológicos).

En tercer lugar, se calcularon los modelos predictivos para la ansiedad y la depresión, en el grupo de las chicas y en el de los chicos, a partir de las variables estudiadas.

### **3.4 RESULTADOS**

#### **3.4.1 Exploración inicial de la distribución de los datos**

En relación con los valores perdidos y su tratamiento, el 80,6% de las personas no mostró ningún valor perdido teniendo en cuenta la totalidad de la batería (114 ítems). Concretamente, en el cuestionario CECAD que consta de 50 ítems, el 93,7% de la muestra no dejó ningún ítem sin responder, el 4,6% dejó un ítem sin responder, el 1,1% (tres personas) dejó dos ítems sin responder, y el 0,4% (una persona) dejó tres y cinco ítems sin responder. En todos los casos se imputaron los valores medios de la escala principal correspondiente. En relación al IPPA, cuestionario que cuenta con 38 ítems, 19 ítems que se refieren a la relación con la madre y 19 a la relación con el padre, el 90,8% no dejó ningún ítem sin responder, el 5,3% dejó un ítem sin responder, el 0,7 (dos personas) dos ítems y el 0,4% (una persona) tres ítems sin responder. En todos estos casos se imputaron los valores medios de la escala correspondiente (IPPA-madre o IPPA-padre). Seis personas más dejaron sin responder la totalidad de una de las dos

escalas, la correspondiente a la figura maternal o a la paternal, en ese caso no se realizó ninguna imputación. Finalmente, en cuanto a la escala CaMir-R-B que consta de 26 ítems, el 91,9% no dejó ningún ítem sin responder, el 6,3% dejó un ítem sin responder y el 1,8% dejó dos ítems sin responder. En este último caso ninguna persona dejó dos ítems sin responder en la misma dimensión. En todos los casos se imputaron los valores medios de la dimensión correspondiente.

En la Tabla 3.1 se presenta el porcentaje de participantes con valores atípicos leves y extremos para cada una de las escalas. Cabe observar que, en general, no hay un número elevado de personas con valores atípicos. Así, podemos señalar que, tan solo hay personas con valores atípicos extremos en las escalas de Apego madre (IPPA) y Seguridad del CaMir-R-B con una frecuencia inferior al 1%; mientras que los valores atípicos leves son más frecuentes, aunque en todos los casos se sitúan por debajo del 7% o en valores muy próximos a ese porcentaje.

**Tabla 3. 1** Porcentaje de personas con valores atípicos leves y extremos por escala.

<b>Escala</b>	<b>Leves</b>	<b>Extremos</b>
CECAD - Ansiedad	4,93	0
CECAD - Depresión	4,93	0
IPPA - Apego madre	5,63	0,35
IPPA - Apego padre	3,87	0
CaMir-R-B - Traumatismo infantil	2,81	0
CaMir-R-B - Seguridad	4,58	0,70
CaMir-R-B - Interferencia con los padres	2,46	0
CaMir-R-B - Autosuficiencia y rencor contra los padres	2,82	0
CaMir-R-B - Preocupación familiar	7,04	0

Finalmente, en la Tabla 3.2 se presentan los resultados relacionados con la forma de las distribuciones de las puntuaciones de las escalas y su ajuste a la curva normal. Concretamente se presentan los valores de asimetría y curtosis, junto con su significación estadística y el valor del estadístico Kolmogorov-Smirnov. Tal y como se puede observar, las escalas relacionadas con el apego seguro (las dos evaluadas mediante el IPPA y la dimensión Seguro evaluada por el CaMir-R-B) muestran una asimetría negativa, lo que indica que en ese caso hay una concentración mayor de personas con altas puntuaciones y una concentración menor de personas con bajas puntuaciones. Por el contrario, en el caso de la ansiedad y la depresión, así como en las restantes dimensiones del CaMir-R-B, la asimetría resultante es positiva, es decir se concentra un menor porcentaje de casos en la parte de la distribución que corresponde a puntuaciones altas, y un mayor porcentaje de casos en la parte de la distribución que corresponde a puntuaciones bajas. En relación con la curtosis, varias de las escalas muestran valores alejados de la normalidad en términos de curtosis, mostrando distribuciones leptocúrticas, es decir, mayores concentraciones de casos en torno al punto medio. Finalmente, en lo que se refiere a la normalidad estadística, ninguna de las escalas o dimensiones cumplió el criterio de normalidad.

**Tabla 3. 2** Valores de simetría, curtosis y resultados de la prueba de normalidad por escala.

<b>Escala</b>	<b>Asimetría</b>	<b>Curtosis</b>	<b>K-S</b>
CECAD – Ansiedad	0,79 <sup>***</sup>	0,73 <sup>***</sup>	0,09 <sup>***</sup>
CECAD – Depresión	0,81 <sup>***</sup>	0,70 <sup>***</sup>	0,10 <sup>***</sup>
IPPA - Apego madre	-0,85 <sup>***</sup>	1,03 <sup>***</sup>	0,09 <sup>***</sup>
IPPA - Apego padre	-0,57 <sup>***</sup>	-0,11	0,07 <sup>***</sup>
CaMir-R-B - Traumatismo infantil	0,88 <sup>***</sup>	0,52	0,14 <sup>***</sup>
CaMir-R-B – Seguridad	-1,68 <sup>***</sup>	5,26 <sup>***</sup>	0,16 <sup>***</sup>

CaMir-R-B - Interferencia con los padres	0,41 <sup>***</sup>	-0,32	0,10 <sup>***</sup>
CaMir-R-B - Autosuficiencia y rencor contra los padres	0,38 <sup>***</sup>	0,25	0,08 <sup>***</sup>
CaMir-R-B - Preocupación familiar	-0,01	-0,17	0,06 <sup>*</sup>

Nota: K-S: Kolmogorov-Smirnov; <sup>\*\*\*</sup>  $p < 0,001$

### 3.4.2 Relaciones entre Ansiedad y Depresión y diferencias en función del sexo en jóvenes de 16 a 18 años

En este apartado se muestran los resultados en torno a la Ansiedad y la Depresión, así como de los aspectos clínicos Inutilidad, Irritabilidad, Problemas de pensamiento y Síntomas psicofisiológicos.

En la Tabla 3.3 se presentan los resultados referidos a las diferencias en función del sexo para las variables Ansiedad, Depresión y los cuatro aspectos clínicos.

**Tabla 3. 3** Diferencias en función del sexo para las variables evaluadas por el CECAD.

	Chicas		Chicos		U de Mann-Whitney	r
	M	DT	M	DT		
<b>ANSIEDAD</b>	41,97	10,33	39,35	9,61	8495,50 <sup>*</sup>	0,12
<b>DEPRESION</b>	68,89	16,93	61,53	15,55	7314,50 <sup>***</sup>	0,22
<b>IN</b>	18,79	5,42	16,69	4,83	7550,00 <sup>***</sup>	0,20
<b>IR</b>	14,93	4,11	13,23	3,97	7523,50 <sup>***</sup>	0,21
<b>PP</b>	18,33	4,81	16,24	4,67	7421,00 <sup>***</sup>	0,21
<b>SP</b>	35,39	8,56	32,09	7,53	8436,00 <sup>*</sup>	0,12

\*  $p < 0,05$  <sup>\*\*\*</sup>  $p < 0,001$ . IN=Inutilidad; IR= Irritabilidad; PP= problemas de pensamiento; SP= síntomas psicofisiológicos.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en función del sexo en todas las variables evaluadas por el CECAD. Aunque la puntuación media de las chicas fue mayor en todas las variables, la magnitud de dichas diferencias fue reducida.

A continuación, en la Tabla 3.4 se presentan los resultados de las correlaciones entre la Ansiedad, la Depresión y los aspectos clínicos, tanto en el grupo de chicas como en el de los chicos.

**Tabla 3. 4** Relación entre las variables Ansiedad, Depresión y los aspectos clínicos en el grupo de chicas (por encima de la diagonal) y en el de los chicos (por debajo de la diagonal)

	<b>A</b>	<b>D</b>	<b>IN</b>	<b>IR</b>	<b>PP</b>	<b>SP</b>
<b>A</b>	-	0,70 <sup>***</sup>	0,55 <sup>***</sup>	0,54 <sup>***</sup>	0,69 <sup>***</sup>	0,95 <sup>***</sup>
<b>D</b>	0,78 <sup>***</sup>	-	0,85 <sup>***</sup>	0,79 <sup>***</sup>	0,85 <sup>***</sup>	0,66 <sup>***</sup>
<b>IN</b>	0,70 <sup>***</sup>	0,89 <sup>***</sup>	-	0,54 <sup>***</sup>	0,65 <sup>***</sup>	0,48 <sup>***</sup>
<b>IR</b>	0,61 <sup>***</sup>	0,83 <sup>***</sup>	0,66 <sup>***</sup>	-	0,65 <sup>***</sup>	0,52 <sup>***</sup>
<b>PP</b>	0,70 <sup>***</sup>	0,87 <sup>***</sup>	0,72 <sup>***</sup>	0,71 <sup>***</sup>	-	0,65 <sup>***</sup>
<b>SP</b>	0,95 <sup>***</sup>	0,73 <sup>***</sup>	0,64 <sup>***</sup>	0,55 <sup>***</sup>	0,65 <sup>***</sup>	-

\*\*\*  $p < 0,001$ . A = Ansiedad; D = Depresión; IN=Inutilidad; IR= Irritabilidad; PP= Problemas de pensamiento; SP= Síntomas psicofisiológicos.

Los resultados muestran, tanto en el grupo de chicas como en el de chicos, correlaciones estadísticamente significativas y positivas, entre todas las variables evaluadas, siendo en general la magnitud de dichas relaciones alta o muy alta. No hay grandes diferencias entre las chicas y los chicos, concretamente las correlaciones en el grupo de chicas oscilaron entre 0,48 y 0,95, con una mediana de 0,65; y en el de los chicos entre 0,55 y 0,95, con una mediana de 0,71.

### 3.4.3 Relación de la Ansiedad y la Depresión con el Apego

En este tercer apartado, se presentan los resultados de las relaciones entre las variables del CECAD y las puntuaciones obtenidas por los jóvenes en los dos instrumentos destinados a evaluar el apego. Concretamente, en la Tabla 3.5 se muestran los resultados de las correlaciones de la Ansiedad, la Depresión, y los aspectos clínicos Inutilidad, Irritabilidad, Problemas de pensamiento y Síntomas psicofisiológicos, con el apego.

**Tabla 3. 5** Relación de la Ansiedad, la Depresión y los aspectos clínicos con el apego en el grupo de chicas.

	IPPA		CAMIR				
	IPPA-M	IPPA-P	TI	SE	IP	AR	PF
<b>ANSIEDAD</b>	-0,20*	-0,24**	0,20*	-0,25**	0,16	0,30***	0,25**
<b>DEPRESIÓN</b>	-0,10	-0,20*	0,28***	-0,18*	0,11	0,26**	0,33***
<b>IN</b>	-0,04	-0,12	0,29***	-0,05	0,09	0,20*	0,26**
<b>IR</b>	-0,12	-0,26**	0,27**	-0,20*	0,11	0,22**	0,21*
<b>PP</b>	-0,08	-0,16	0,14	-0,13	0,09	0,21*	0,33***
<b>SP</b>	-0,26**	-0,24**	0,20*	-0,27**	0,19*	0,30***	0,21*

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ . IN= Inutilidad; IR= Irritabilidad; PP= Problemas de pensamiento; SP= Síntomas psicofisiológicos; IPPA-M=Apego madre; IPPA-P=Apego padre; TI= Traumatismo infantil; SE= Seguridad; IP= Interferencia con los padres; AR= Autosuficiencia y rencor contra los padres; PF= Preocupación familiar.

Los resultados muestran correlaciones negativas entre las variables de apego positivo (las puntuaciones totales del IPPA y la dimensión Seguridad del CaMir-R-B y las variables evaluadas por el CECAD; y negativas entre las demás variables evaluadas mediante el CaMir-R-B y las evaluadas por el CECAD, siendo estas relaciones estadísticamente significativas en muchos casos. Sin embargo,

el tamaño de estas relaciones fue en general de pequeña magnitud, excepto de la Autosuficiencia y el rencor contra los padres y con la Ansiedad y con los Síntomas psicofisiológicos, y de los Problemas Familiares con la Depresión y con los Problemas de pensamiento, y donde la magnitud fue moderada.

Con respecto al grupo de chicos, en la Tabla 3.6 se presentan los resultados de las relaciones de la Ansiedad, la Depresión, y los aspectos clínicos Inutilidad, Irritabilidad, Problemas de pensamiento y Síntomas psicofisiológicos, con las variables relacionadas con el apego para el grupo de los chicos.

**Tabla 3. 6** Relación de la Ansiedad, la Depresión y los aspectos clínicos con el apego en el grupo de chicos.

	IPPA		CAMIR				
	IPPA-M	IPPA-P	TI	SE	IP	AR	PF
<b>ANSIEDAD</b>	-0,29**	-0,28**	0,35***	-0,33***	0,35***	0,39***	0,17*
<b>DEPRESIÓN</b>	-0,26**	-0,26**	0,32***	-0,25**	0,34***	0,33***	0,26**
<b>IN</b>	-0,20*	-0,23**	0,25**	-0,20*	0,29***	0,27**	0,21*
<b>IR</b>	-0,22**	-0,27**	0,28**	-0,16	0,22**	0,26**	0,23**
<b>PP</b>	-0,27**	-0,20*	0,27**	-0,21*	0,34***	0,31***	0,24**
<b>SP</b>	-0,22*	-0,25**	0,35***	-0,30**	0,34***	0,32***	0,19*

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ . IN= Inutilidad; IR= Irritabilidad; PP= Problemas de pensamiento; SP= Síntomas psicofisiológicos; IPPA-M=Apego madre; IPPA-P=Apego padre; TI= Traumatismo infantil; SE= Seguridad; IP= Interferencia con los padres; AR= Autosuficiencia y rencor contra los padres; PF= Preocupación familiar.

En el caso de los chicos, los resultados también muestran el mismo patrón, es decir correlaciones negativas entre las variables de apego positivo y las evaluadas por el CECAD; y negativas entre las demás variables evaluadas con el Camir-R-B y las evaluadas con el CECAD, eso sí las correlaciones fueron en este

caso estadísticamente significativas entre casi todas las variables. Cabe mencionar que las correlaciones fueron algo mayores que en el caso de las chicas, aunque de nuevo en general la mayoría era de pequeña magnitud. Sin embargo, en este caso fueron algunas más las que llegaron a un tamaño moderado. En este sentido, tanto la Autosuficiencia y rencor contra los padres como la Interferencia con los padres, mostraron relaciones positivas moderadas con Ansiedad, Depresión, Problemas de pensamiento y Síntomas Psicofisiológicos. Por su parte, la Seguridad mostró una correlación moderada y negativa con Ansiedad y Síntomas psicofisiológicos y el Traumatismo Infantil una correlación moderada y positiva con la Ansiedad, la Depresión y los síntomas Psicofisiológicos.

### 3.4.4 Modelos predictivos

En el último apartado se presentan los resultados de los modelos predictivos para tratar de explicar la Ansiedad y la Depresión a partir de las variables relacionados con el apego.

Así, en la Tabla 3.7 se presentan los modelos predictivos de la Ansiedad para el grupo de las chicas y de los chicos.

**Tabla 3. 7.** Modelos predictivos de la Ansiedad

<b>MODELO PREDICTIVO ANSIEDAD EN CHICAS</b>					
<b>Variables predictoras</b>	<b>B</b>	<b>ET B</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b>t</b>	<b>R<sup>2</sup> ajustada</b>
<b>Constante</b>	50,46	13,05		3,86 ***	0,19
<b>APEGO MADRE</b>	-0,17	0,11	-0,15	-1,50	
<b>APEGO PADRE</b>	-0,07	0,08	-0,07	-0,79	
<b>TRAUMATISMO INFANTIL</b>	-0,09	0,31	-0,03	-0,28	
<b>SEGURIDAD</b>	-0,42	0,30	-0,13	-1,41	

<b>INTERFERENCIA PADRES</b>	0,19	0,34	0,05	0,57	
<b>AUTOSUFICIENCIA/RENCOR</b>	0,84	0,35	0,21	2,38 <sup>*</sup>	
<b>PREOCUPACIÓN FAMILIAR</b>	0,56	0,20	0,23	2,73 <sup>**</sup>	
<b>MODELO PREDICTIVO ANSIEDAD EN CHICOS</b>					
<b>Variables Predictoras</b>	<b>B</b>	<b>ET B</b>	<b>β</b>	<b>t</b>	<b>R<sup>2</sup> ajustada</b>
<b>Constante</b>	47,52	10,48		4,54 <sup>***</sup>	0,25
<b>APEGO MADRE</b>	-0,22	0,10	-0,03	-0,21	
<b>APEGO PADRE</b>	-0,07	0,09	-0,07	-0,71	
<b>TRAUMATISMO INFANTIL</b>	0,16	0,28	0,05	0,56	
<b>SEGURIDAD</b>	-0,73	0,30	-0,25	-2,46 <sup>*</sup>	
<b>INTERFERENCIA PADRES</b>	0,44	0,32	0,13	1,37	
<b>AUTOSUFICIENCIA/RENCOR</b>	0,61	0,28	0,19	2,17 <sup>*</sup>	
<b>PREOCUPACIÓN FAMILIAR</b>	0,50	0,20	0,20	2,54 <sup>*</sup>	

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .

El modelo predictivo de la Ansiedad en el grupo de las chicas presentó un tamaño del efecto moderado, con un 25% de varianza explicada. Las dos variables predictoras estadísticamente significativas fueron la Autosuficiencia y el rencor contra los padres y Preocupación familiar, presentando una relación directa, es decir, las chicas que puntuaron más alto en estas variables puntuaron también más alto en Ansiedad.

En cuanto al grupo de los chicos, el modelo predictivo de la Ansiedad también presentó un tamaño del efecto moderado, con un 21% de varianza explicada. En este caso, las variables predictoras estadísticamente significativas fueron

tres, al igual que en el caso de las chicas la Autosuficiencia y el rencor contra los padres y la Preocupación familiar mostrando una relación directa y la Seguridad mostrando una relación indirecta, es decir, los chicos que puntuaron más alto en Seguridad puntuaron más bajo en Ansiedad.

Finalmente, en la Tabla 3.8 se presentan los modelos predictivos de la Depresión para el grupo de las chicas y de los chicos.

**Tabla 3. 8** Modelos predictivos de la Ansiedad

<b>MODELO PREDICTIVO DEPRESION EN CHICAS</b>					
<b>Variables predictoras</b>	<b>B</b>	<b>ET B</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b>t</b>	<b>R<sup>2</sup> ajustada</b>
<b>Constante</b>	52,73	21,74		2,43*	0,15
<b>APEGO MADRE</b>	-0,02	0,18	-0,01	-0,09	
<b>APEGO PADRE</b>	-0,14	0,14	-0,10	-1,98	
<b>TRAUMATISMO INFANTIL</b>	0,64	0,52	0,12	1,23	
<b>SEGURIDAD</b>	-0,34	0,49	-0,07	-0,70	
<b>INTERFERENCIA PADRES</b>	0,11	0,56	0,02	0,20	
<b>AUTOSUFICIENCIA/RENCOR</b>	0,61	0,59	0,10	1,03	
<b>PREOCUPACIÓN FAMILIAR</b>	1,27	0,34	0,32	3,73***	
<b>MODELO PREDICTIVO DEPRESION EN CHICOS</b>					
<b>Variables Predictoras</b>	<b>B</b>	<b>ET B</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b>T</b>	<b>R<sup>2</sup> ajustada</b>
<b>Constante</b>	64,49	19,92		3,81***	0,24
<b>APEGO MADRE</b>	-0,08	0,17	-0,06	-0,48	
<b>APEGO PADRE</b>	-0,20	0,15	-0,13	-1,37	

<b>TRAUMATISMO INFANTIL</b>	0,08	0,46	0,02	0,18
<b>SEGURIDAD</b>	-0,63	0,48	-0,14	-1,31
<b>INTERFERENCIA PADRES</b>	0,78	0,52	0,15	1,52
<b>AUTOSUFICIENCIA/RENCOR</b>	0,92	0,45	0,18	2,03*
<b>PREOCUPACIÓN FAMILIAR</b>	1,00	0,32	0,26	3,16**

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .

El modelo predictivo de la Depresión en el grupo de las chicas presentó un tamaño del efecto moderado, con un 15% de varianza explicada. Al igual que en el modelo predictivo de la Ansiedad tan solo resultó estadísticamente significativa la Preocupación Familiar, presentando una relación directa, es decir, las chicas que puntuaron más alto en Preocupación Familiar puntuaron también más alto en Depresión.

En cuanto al grupo de los chicos, el modelo predictivo de la Depresión también presentó un tamaño del efecto moderado, con un 24% de varianza explicada. Al igual que en el modelo predictivo de la Ansiedad, fueron dos las variables predictoras estadísticamente significativas, la Autosuficiencia y rencor contra los padres y la Preocupación Familiar. Ambas variables presentaron una relación directa, es decir, los chicos que puntuaron más alto en estas variables puntuaron también más alto en Depresión.

### 3.5 CONCLUSIONES

El objetivo principal del estudio presentado en este capítulo fue el de analizar las relaciones de las variables ansiedad y depresión con el apego en jóvenes con edades comprendidas entre los 16 y los 18 años. Asimismo, se pretendían obtener sendos modelos predictivos de la ansiedad y la depresión, a partir de las dimensiones del apego.

En general, en el rango de edad estudiado se han encontrado puntuaciones más altas en las chicas en la Ansiedad, la Depresión y los aspectos clínicos Inutilidad, Irritabilidad, Problemas de pensamiento y Síntomas psicofisiológicos, aunque la magnitud de dichas diferencias fue baja.

Las correlaciones entre las variables evaluadas por el CECAD fueron estadísticamente significativas y positivas, siendo la magnitud de dichas relaciones alta o muy alta.

En el grupo de las chicas, los resultados mostraron correlaciones negativas entre las variables de apego positivo (las puntuaciones totales del IPPA y la dimensión Seguridad del CaMir-R-B) y las variables evaluadas por el CECAD.

Por su parte, las demás variables evaluadas por el CaMir-R-B y las evaluadas por el CECAD presentaron relaciones negativas, en muchos casos, estadísticamente significativas y, en general, de pequeña magnitud, excepto para la relación de la Autosuficiencia y el rencor contra los padres con la Ansiedad y con los Síntomas psicofisiológicos, y para la relación de la Preocupación familiar con la Depresión y con los Problemas de pensamiento, casos en los que la magnitud fue moderada.

En el caso de los chicos, las correlaciones fueron negativas entre las variables de apego positivo y las evaluadas por el CECAD; y negativas entre las demás variables evaluadas con el CaMir-R-B y las evaluadas con el CECAD. En este caso, las correlaciones fueron estadísticamente significativas entre casi todas las variables y algo mayores que en el caso de las chicas, aunque la mayoría era de pequeña magnitud. Sin embargo, la Autosuficiencia/Rencor como la Interferencia con los padres, mostraron relaciones positivas moderadas con Ansiedad, Depresión, Problemas de pensamiento y Síntomas psicofisiológicos. Por su parte, la ansiedad y los síntomas psicofisiológicos mostraron una correlación moderada y negativa con la seguridad. Finalmente, las puntuaciones en Traumatismo infantil, mostraron una relación moderada con la Ansiedad, la Depresión y los Síntomas psicofisiológicos.

Finalmente, el modelo predictivo de la Ansiedad en el grupo de las chicas presentó un tamaño del efecto moderado, siendo las dos únicas estadísticamente significativas la Autosuficiencia y el rencor contra los padres y la Preocupación familiar. En el caso de los chicos, el modelo predictivo de la Ansiedad también presentó un tamaño del efecto moderado, siendo las variables predictoras estadísticamente significativas la Autosuficiencia y el rencor contra los padres, la Preocupación familiar y la Seguridad.

En cuanto a los modelos predictivos para la Depresión, el grupo de las chicas presentó un tamaño del efecto moderado, siendo estadísticamente significativa la Preocupación Familiar. En cuanto al grupo de los chicos, el modelo predictivo de la Depresión también presentó un tamaño del efecto moderado, siendo las dos variables predictoras con capacidad predictiva, la Autosuficiencia y rencor contra los padres y la Preocupación Familiar.

---



**CONCLUSIONES GENERALES**



---

## **CONCLUSIONES GENERALES**

### **4.1 INTRODUCCIÓN**

El primero de los objetivos planteados en la tesis ha sido adaptar a la lengua y la cultura vasca del Cuestionario Educativo clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD) y examinar las propiedades psicométricas de dicha versión adaptada. El segundo objetivo ha consistido en analizar la relación de la Ansiedad y la Depresión con la Autoestima, la Empatía y el Acoso Escolar en niños y adolescentes de 10 a 16 años. Finalmente, el tercer objetivo se ha centrado en analizar la relación de la Ansiedad y la Depresión con el Apego en jóvenes de 16 a 18 años.

A continuación, se presentan las principales conclusiones obtenidas a partir de los estudios llevados a cabo para responder a los objetivos planteados.

### **4.2 CONCLUSIONES SOBRE LA ADAPTACIÓN AL EUSKERA DEL CUESTIONARIO EDUCATIVO CLÍNICO: ANSIEDAD Y DEPRESIÓN (CECAD)**

Como se ha señalado previamente, el primero de los objetivos de la tesis se ha centrado en adaptar al euskera el CECAD y en analizar las propiedades psicométricas de la versión adaptada. Para dar respuesta a dicho objetivo, se han llevado a cabo 3 estudios de manera secuencial.

#### **4.2.1 Conclusiones sobre el estudio 1**

En el primero de los estudios realizados, se pretendía obtener una versión traducida al euskera de los ítems del CECAD y evaluar la adecuación de la traducción. Asimismo, se pretendían examinar los procesos de respuesta de los participantes e identificar las interpretaciones que los miembros de la población objetivo realizaban de los ítems, así como analizar las posibles diferencias en tales interpretaciones en función del sexo y la edad.

A partir de dicho estudio se puede concluir que los estudiantes de cursos inferiores de Educación Primaria pueden tener algunas dificultades de comprensión del instrumento, por lo que se recomendaría adaptar la forma de administración del mismo al momento evolutivo y nivel de comprensión del niño o del grupo de niños, por ejemplo, leyendo en voz alta las instrucciones y los ítems.

En esta fase de la adaptación, se identificaron términos que generaban dificultades de comprensión en los participantes de menor edad y se examinaron los procesos de respuesta. No se identificaron patrones claros de interpretaciones diferentes en función del sexo y la edad de los participantes.

En este primer estudio, se decidió no modificar el contenido de los ítems hasta comprobar el funcionamiento de los mismos en una muestra mayor. Se modificaron aspectos de formato para facilitar la lectura y evitar errores en las respuestas.

### **4.2.2 Conclusiones sobre el estudio 2**

El objetivo específico de este estudio fue obtener información preliminar sobre el funcionamiento de los ítems adaptados al euskera en una muestra reducida de la población objetivo. Este objetivo permitiría la modificación de los ítems que lo requieran, antes de pasar a la aplicación con una muestra representativa de la población para examinar las propiedades psicométricas del instrumento en su versión en euskera.

En este estudio, 15 ítems tuvieron que ser modificados, o bien, por mostrar correlaciones reducidas con la puntuación total de la escala y/o aspecto clínico al que pertenecían, o bien, por tener una tasa elevada de no respuesta. Con el fin de realizar tales modificaciones con mayor criterio, se tuvo en cuenta la información obtenida tanto en las entrevistas cognitivas realizadas en el primer estudio, como a lo largo del segundo estudio.

### 4.2.3 Conclusiones sobre el estudio 3

El objetivo específico de este estudio fue analizar las propiedades psicométricas del instrumento y elaborar los baremos normativos mediante la aplicación del cuestionario a una amplia muestra experimental, representativa de la población objetivo. En relación con las propiedades psicométricas, se pretendían obtener los índices de fiabilidad basados en la consistencia interna y en la estabilidad temporal, examinar su estructura factorial, así como, obtener evidencias de validez de constructo, de validez convergente y de validez externa basados en la relación entre las dimensiones del CECAD y otras variables.

En cuanto a la fiabilidad, aunque en la versión en euskera los índices son ligeramente inferiores a los del instrumento original, siguen siendo muy satisfactorios, obteniendo valores superiores a 0,80 para las escalas de Ansiedad y Depresión en todos los grupos de edad, y superiores a 0,70 para los aspectos clínicos, en todos los casos excepto en la escala Problemas de pensamiento en el grupo de edad más joven. Los valores del coeficiente alfa de Cronbach de los aspectos clínicos son especialmente satisfactorios, ya que estas escalas están compuestas por un número reducido de ítems. La fiabilidad basada en la estabilidad temporal también fue adecuada, con correlaciones test-retest superiores a 0,60 en todos los casos, excepto en el aspecto clínico Problemas de pensamiento, que tuvo una correlación moderada (0,38).

En cuanto a las evidencias de validez de constructo, en el instrumento original se confirmó la estructura de dos factores tanto en la muestra total como para cada grupo de edad. Del mismo modo, en la adaptación al euskera los índices de ajuste del modelo de dos factores fueron satisfactorios en la muestra de 7 a 14 años.

Finalmente, en relación con la validez de relación con otras variables, al igual que en el estudio de elaboración, se encontraron diferencias tanto en Ansiedad como en Depresión en función del grupo de edad y del sexo. En general, las puntuaciones resultaron más elevadas en los grupos de mayor edad y en las

mujeres. Del mismo modo, las puntuaciones fueron superiores tanto en las personas que habían sido víctimas de acoso escolar como en las personas pertenecientes a la población clínica.

En síntesis, con el fin de que el instrumento adaptado presentara evidencias adecuadas de validez, el procedimiento utilizado en los tres estudios de la adaptación siguió las recomendaciones de la ITC (2005, 2017). Así, por ejemplo, antes de empezar con el proceso de adaptación se obtuvieron los permisos necesarios por parte de TEA Ediciones; se tuvo en cuenta que el proceso de traducción y adaptación tuviera en consideración las diferencias culturales, lingüísticas y psicológicas de la población de destino; se realizó un estudio piloto que, entre otros aspectos, permitió analizar la adecuación del formato de los ítems, de las instrucciones, de la escala de respuesta, de los modos de administración, etc.; se tuvieron en cuenta tanto los resultados de las entrevistas cognitivas como los datos sobre el funcionamiento de los ítems del estudio piloto para realizar las modificaciones en la redacción de algunos de los ítems antes de la aplicación experimental; se seleccionó una muestra amplia y representativa de la población objetivo para aportar evidencias respecto a la validez y la fiabilidad del instrumento, así como proveer de un baremo adecuado para la interpretación de las puntuaciones; y se elaboró el manual en el que se detalla la información técnica de todo el proceso de adaptación, así como la documentación necesaria para los usuarios del test.

Fruto de este proceso se ha obtenido una versión en euskera del instrumento que permite evaluar de manera adecuada tanto la Ansiedad y la Depresión, como los aspectos clínicos de Inutilidad, Irritabilidad, Problemas de pensamiento y Síntomas psicofisiológicos en población vasco parlante.

Como conclusión, los tres estudios llevados a cabo proporcionan un instrumento que permite la evaluación en euskera de la Ansiedad y la Depresión a partir de los 7 años con garantías de fiabilidad y validez. Teniendo en cuenta

tanto la escasa disponibilidad de instrumentos en esta lengua, como la importancia de poder evaluar a las personas en su primera lengua, consideramos que se trata de una aportación relevante tanto para la práctica clínica como para la educativa, además de para la investigación básica.

### **4.3 CONCLUSIONES SOBRE LA RELACIÓN DE LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN CON LA AUTOESTIMA, LA EMPATÍA Y EL ACOSO ESCOLAR EN NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 10 A 16 AÑOS**

El objetivo principal del estudio presentado en este capítulo fue el de analizar las relaciones de las variables ansiedad y depresión con la autoestima, la empatía y el acoso escolar en niños y adolescentes con edades comprendidas entre los 10 y los 16 años. Asimismo, se pretendía obtener sendos modelos predictivos de la ansiedad y la depresión, a partir de las variables autoestima, empatía y acoso escolar, tanto para el grupo de las chicas como para el de chicos.

#### **4.3.1 Conclusiones sobre la exploración inicial de las variables**

En relación a la exploración inicial de los variables analizadas, podemos concluir que, aunque la batería de instrumentos aplicada ha sido extensa y su cumplimentación ha sido costosa, sobre todo, para los participantes de menor edad, los datos recabados son válidos y fiables. Llegamos a esta conclusión teniendo en cuenta, por un lado, el número relativamente pequeño de ítems sin responder que dejaron los participantes y, por otro, los patrones de respuesta emitidos por estos, ya que fueron pocos los casos detectados y eliminados por mostrar patrones inconsistentes en las respuestas. Consideramos que esto se debe a la labor de concienciación realizada, tanto por los centros educativos, como por los investigadores que realizaron la aplicación de los cuestionarios, sobre la importancia de responder con total sinceridad. En cuanto a la distribución de las puntuaciones, la presencia de valores extremos ha sido relativamente reducida y, por lo tanto, no ha afectado a los resultados obtenidos, razón por la

cual no se han eliminado participantes por dicha razón. Creemos que al trabajar con muestras amplias es posible, e incluso deseable, que haya personas que se salgan de la norma, y este hecho enriquece los estudios porque contribuye a la representatividad de la muestra con respecto a la población, siempre y cuando el número sea razonable y no afecte en la fase de análisis estadístico. Finalmente, las puntuaciones medias obtenidas han sido bajas en las escalas de ansiedad y depresión, en los aspectos clínicos y también en el índice de victimización. Sin embargo, estos resultados son los esperables teniendo en cuenta que la muestra del estudio la conforman niños y adolescentes de la población general.

### **4.3.2 Conclusiones sobre las relaciones entre Ansiedad y Depresión y diferencias en función del sexo en niños y adolescentes de 10 a 16 años**

En cuanto a los resultados obtenidos al analizar las diferencias en función del sexo en las variables ansiedad y depresión, y en los aspectos clínicos inutilidad, irritabilidad, problemas de pensamiento y síntomas psicofisiológicos, se ha visto que, aunque la puntuación media de las chicas fue mayor en todas las variables, la magnitud de dichas diferencias fue baja. Se podría decir que estos resultados son los esperados ya que, según la literatura, estos trastornos son más habituales a partir de la adolescencia tardía y suele darse una mayor prevalencia en las mujeres (Klein et al., 1999; Lijster et al., 2017). Por tanto, al tratarse de una muestra compuesta por personas de entre 10 y 17 años, es esperable que las diferencias no sean todavía muy grandes.

En cuanto a las correlaciones entre las variables evaluadas por el CECAD, tanto en el grupo de las chicas como en el de los chicos, tal y como se esperaba, los resultados mostraron correlaciones estadísticamente significativas y positivas, entre todas las variables evaluadas, siendo la magnitud de dichas relaciones alta o muy alta. Es habitual que la ansiedad y la depresión se presenten de forma comórbida (Belzer y Schneier, 2004), por lo que es esperable que, tanto la ansie-

dad y la depresión como sus aspectos clínicos estén correlacionados. Concretamente, la mayor correlación se dio entre la ansiedad y los síntomas psicofisiológicos, tanto en el grupo de las chicas como en el de los chicos. Este resultado puede deberse a la activación psicofisiológica que se produce con la ansiedad, ya que se dispara la respuesta de lucha o huida que prepara al cuerpo para responder ante una amenaza (McCarty, 2016), por lo que es esperable que los síntomas psicofisiológicos tengan una relación intensa con la ansiedad.

#### **4.3.3 Conclusiones sobre la relación de la Ansiedad y la Depresión con la Autoestima**

El segundo objetivo específico de este estudio fue el de examinar las relaciones de la ansiedad y la depresión con la autoestima. Así, tal y como se esperaba en base a la literatura previa (Fathi-Ashtiani et al., 2007), se encontraron correlaciones, estadísticamente significativas y negativas, de todas las variables evaluadas por el CECAD con la autoestima. En el grupo de chicas las magnitudes de las correlaciones fueron entre moderadas y altas. En cambio, en el grupo de chicos, las correlaciones fueron entre bajas y moderadas. Como se ha mencionado previamente, se esperaba encontrar correlación entre estas variables, ya que en estudios previos se ha encontrado que la autoestima funciona como variable predictora (Peñate et al., 2020) o moderadora de la ansiedad y la depresión con otras variables (Sachs-Ericsson et al., 2010), siendo así la alta autoestima un factor protector frente a estos trastornos. En este sentido, las variables que mostraron una mayor correlación con la autoestima fueron la depresión y la inutilidad, en ambos grupos, siendo este resultado también congruente con la mayor correlación positiva encontrada entre la inutilidad y la ansiedad y la depresión al estudiar las relaciones entre las variables evaluadas por el CECAD.

La variable que presentó una menor correlación con la autoestima fue la irritabilidad, tanto en el grupo de las chicas como en el de los chicos. Consideramos que este resultado es previsible, ya que la irritabilidad no lleva implícita una valoración hacia uno mismo, como sí puede darse en el caso de la inutilidad.

#### **4.3.4 Conclusiones sobre la relación de la Ansiedad y la Depresión con la Empatía**

El tercer objetivo específico era el de examinar las relaciones de la ansiedad y la depresión, tanto con la empatía total como con sus dimensiones cognitivas (adopción de perspectivas y comprensión emocional) y afectivas (distrés empático y alegría empática). En este caso se esperaban encontrar relaciones inversas entre tales variables. Es decir, se esperaba que las personas que obtuvieran puntuaciones más altas en ansiedad y depresión puntuaran más bajo, tanto en empatía total como en sus dimensiones cognitivas y afectivas.

En el grupo de las chicas, la empatía total presentó correlaciones, estadísticamente significativas y negativas, con la ansiedad, la depresión y la inutilidad. Sin embargo, el tamaño de dichas correlaciones fue baja. En este caso, aunque se esperaba encontrar relaciones entre estas variables, los resultados que encontramos en la literatura no resultan consistentes, habiendo estudios que encuentran una relación negativa (Fessler, 2006) y otros que no encuentran dicha relación (Negd et al., 2011). En este sentido, aún queda mucho por conocer sobre diversos aspectos de estas variables que inciden en estas diferencias de resultados. Consideramos que una posible explicación podría deberse al hecho de que, tanto en el instrumento de evaluación de la empatía que se ha utilizado en este estudio como en la mayoría de las definiciones que se han realizado de dicho constructo, muchas veces no se especifica el nivel de relación con respecto a las personas implicadas. Es frecuente que los participantes de este rango de edad, cuando, por ejemplo, se les pide que valoren si se ponen tristes si a alguien le pasa algo malo, pregunten si se trata de una persona que conocen o no. Así, consideramos que la empatía es un fenómeno que puede darse en diferentes grados dependiendo de la relación de la persona que está respondiendo con la persona con la que deben empatizar, al menos en el rango de edad que hemos estudiado.

En cuanto a las relaciones, tanto de la dimensión cognitiva como de la afectiva, con la ansiedad y la depresión, se podría concluir que, si bien en algunos casos se encontraron correlaciones estadísticamente significativas, estas fueron bajas. Los resultados de la literatura en cuanto a la relación entre la empatía y la sintomatología internalizante no son concluyentes (Hoffman et al., 2016). Las diferencias en los resultados pueden deberse, por ejemplo, a las diferencias en las muestras utilizadas y en los instrumentos. En este sentido, cabe mencionar que, por ejemplo, en el estudio de Wilbertz et al. (2010) lo que encontraron es que en el grupo de personas con depresión en algunas de las escalas de empatía (la toma de perspectiva y el distrés personal evaluadas mediante el IRI) presentaron puntuaciones inferiores, en comparación a las puntuaciones presentadas por las personas sin depresión. Puede ser que, al no disponer en la muestra de personas con altos niveles de depresión en nuestra muestra, no hayamos encontrado relación entre la empatía y la depresión.

En resumen, en el grupo de chicas, por un lado, la adopción de perspectivas (entender la situación de otra persona) y la alegría empática (alegrarse cuando la otra persona está alegre) se relacionaban con la ansiedad y la depresión, siendo las personas con puntuaciones altas en estos trastornos las que tienen una mayor dificultad para comprender las situaciones de otros y de alegrarse cuando les pasa algo bueno. Por otro lado, las personas con puntuaciones altas en ansiedad y depresión no tienen una mayor dificultad para comprender las emociones de otros o para apenarse cuando los otros están tristes.

Por su parte, en el grupo de los chicos, los resultados relativos a la empatía total únicamente mostraron relaciones estadísticamente significativas e inversas con la irritabilidad, con un tamaño del efecto reducido. Tal y como se ha mencionado en el apartado referido a las chicas, es necesario profundizar más en la relación de la ansiedad y la depresión con la empatía, por lo que nuestros resultados pretenden contribuir a una mayor comprensión de dichas relaciones. A di-

ferencia de lo encontrado en el grupo de las chicas, en el de los chicos, la ansiedad y la depresión no se relacionan con la empatía. Esta diferencia puede deberse a los diferentes roles sociales de chicas y chicos, según los cuales se espera que las mujeres muestren una mayor empatía que los hombres (Fantz, 1976).

Con respecto a las dimensiones cognitivas de la empatía en el grupo de los chicos, ni la adopción de perspectivas ni la comprensión emocional, presentaron correlaciones significativas con las variables ansiedad, depresión, inutilidad, irritabilidad, problemas de pensamiento y síntomas psicofisiológicos. Tal y como se ha mencionado previamente, las relaciones de la ansiedad y la depresión con la empatía no han sido suficientemente estudiadas, y es posible que existan diferencias en función del género, debido a los roles sociales para las mujeres y los hombres.

En cuanto a las dimensiones afectivas, solamente la alegría empática presentó correlaciones, estadísticamente significativas e inversas, con la depresión y la irritabilidad y los síntomas psicofisiológicos, siendo el tamaño de dichas correlaciones reducido. La correlación más alta se dio entre la alegría empática y la irritabilidad. En este caso, los resultados son parecidos a los encontrados en el grupo de las chicas, con una mayor dificultad de los chicos con puntuaciones altas en depresión e irritabilidad de alegrarse por la alegría de otros. Este resultado también es congruente, como se mencionó en el grupo de chicas, con la teoría de la distancia emocional, es decir, la dificultad de empatizar con sentimientos muy diferentes a los que está experimentando la persona deprimida. Además, cabe destacar que la irritabilidad es uno de los criterios diagnósticos que se añadieron en el DSM como criterio diagnóstico de la depresión en niños, por lo que es esperable que exista relación con la alegría empática, ya que esta está relacionada con la depresión.

En resumen, en el grupo de chicos de nuestro estudio únicamente parece existir una relación de la depresión con la alegría empática y no se ha encontrado

relación de la ansiedad con ninguna dimensión de la empatía. Es decir, solo encontramos una dificultad para alegrarse por la alegría de otros en los chicos con depresión.

#### **4.3.5 Conclusiones sobre la relación de la Ansiedad y la Depresión con el Acoso escolar**

El cuarto objetivo específico del estudio presentado en el segundo capítulo, fue el de analizar las correlaciones entre la ansiedad y la depresión y los aspectos clínicos evaluados por el CECAD con las puntuaciones de las diferentes perspectivas del acoso escolar. Respecto a las hipótesis, se esperaban encontrar correlaciones positivas entre las puntuaciones en ansiedad y depresión y las puntuaciones en acoso desde las diferentes perspectivas. Así, se esperaban que mayores puntuaciones en ansiedad y depresión estuvieran asociadas a puntuaciones totales más altas en conductas de acoso padecidas, presenciadas y realizadas, si bien se esperaba un mayor tamaño del efecto en el caso de la victimización, tanto en el grupo de las chicas como en el de los chicos.

Tal y como se esperaba, los resultados de la correlación de la victimización con la ansiedad y la depresión mostraron correlaciones, estadísticamente significativas y positivas, tanto con la ansiedad y la depresión como con los aspectos clínicos inutilidad, irritabilidad, problemas de pensamiento y síntomas psicofisiológicos, tanto en el grupo de las chicas como en el de los chicos, siendo las correlaciones mayores en el grupo de chicos, excepto en los síntomas psicofisiológicos, aspecto clínico en el que la correlación fue ligeramente mayor en el grupo de chicas, siendo las correlaciones, en la mayoría de los casos, de un tamaño moderado. Estos resultados son congruentes con los de estudios anteriores (Andrade et al., 2017; Barzilay et al., 2017; Koyanagi et al., 2019; Van Oort et al., 2011), además de ser esperables también a nivel teórico, puesto que el hecho de ser acosado por iguales afecta de manera negativa al estado de ánimo, así como a la autoestima, variable que, como hemos comentado previamente, se relaciona con la ansiedad y la depresión.

En el caso de las conductas de acoso presenciadas como testigos, tanto en el grupo de las chicas como en el de los chicos, se encontraron correlaciones estadísticamente significativas y positivas con la ansiedad, la depresión y los aspectos clínicos, con correlaciones mayores en el grupo de los chicos, aunque el tamaño de dichas correlaciones fue, en general, bajo. En este sentido, los resultados también son los esperados, habiéndose encontrado relación entre dichas variables en estudios previos (Hutchinson, 2012; Janson et al., 2009; Rivers y Noret, 2010, 2013; Rivers et al., 2009), aunque en nuestro caso el tamaño del efecto es más pequeño de lo esperado. Las situaciones de acoso son conductas de carácter negativo y amenazante, por lo que, si bien son más dañinas siendo víctimas de ellas, el hecho de ser testigo tiende a causar cierto impacto en la persona que las presencia, que puede sentir que no tiene recursos para enfrentarse a ellas (Forsberg et al., 2014; Hutchinson, 2012) o que no puede hacer nada para ayudar a la víctima (Williford et al., 2012).

En cuanto a las conductas de acoso realizadas, el patrón es parecido a las dos figuras anteriores, siendo, de nuevo, las correlaciones positivas y estadísticamente significativas, y superiores en el grupo de los chicos. Sin embargo, en este caso el tamaño de las correlaciones en el grupo de las chicas fue muy bajo y en el de los chicos se apreciaron algunas correlaciones moderadas y otras bajas. Estos resultados están dentro de lo esperable según la literatura previa (Andrade y Gonzáles, 2017; Barzilay et al., 2017; Koyanagi et al., 2019; Van Oort et al., 2011). En el caso de las personas que realizan las conductas de acoso, aunque pueden poseer más de una característica distintiva, es probable que la mayoría posea una socialización dañina o alguna característica patológica que las lleva a comportarse de esa manera, ya sean rasgos de personalidad, educación recibida, falta de recursos de socialización o asertividad. En cualquier caso, son conductas disruptivas que conducen a respuestas negativas por parte del entorno, que pueden reflejarse en el estado de ánimo.

#### **4.3.6 Conclusiones sobre los modelos predictivos**

Por último, se plantearon modelos predictivos de la ansiedad y la depresión, en el grupo de las chicas y en el de los chicos, a partir de la autoestima, la empatía y el acoso escolar.

En este sentido, el modelo predictivo de la ansiedad en el grupo de las chicas presentó un elevado tamaño del efecto, con un 35% de varianza explicada. Sin embargo, la única variable predictora estadísticamente significativa fue la autoestima, presentando una relación inversa, es decir, las chicas que puntuaron más alto en autoestima puntuaron más bajo en ansiedad. Por lo tanto, cabe concluir que el peso de esta variable es muy importante a la hora de predecir la ansiedad. Se esperaba que todas las variables incluidas en el modelo contribuyeran a la predicción de la sintomatología ansiosa, aunque la autoestima es una variable que suele presentar correlaciones de gran magnitud con la ansiedad, y como se ha mencionado previamente, suele ser una variable predictora para estos trastornos (Peñate et al., 2020), al igual que la victimización (Storch, et al., 2005). Por esta razón, se esperaba que la victimización, y las puntuaciones de conductas presenciadas y realizadas, así como la empatía también contribuyeran al modelo, dado que en las situaciones de acoso podrían considerarse como amenazantes.

En cuanto al grupo de los chicos, el modelo predictivo para la ansiedad presentó un tamaño del efecto medio, con un 17% de varianza explicada por este modelo. En este caso, las variables predictoras que tuvieron capacidad predictiva fueron la autoestima, la empatía y la victimización. Concretamente, los chicos que puntuaron más bajo en autoestima y más alto en empatía y victimización obtuvieron puntuaciones más altas de ansiedad. En este caso, aunque el porcentaje de varianza explicada fue menor que en el caso de las chicas, un mayor número de variables contribuyeron a explicar la variabilidad en la ansiedad. En este sentido, puede que, en el caso de los chicos, que suelen presentar menores tasas de prevalencia de trastornos de ansiedad, las variables que se relacionan

con la ansiedad sean diferentes a las de las chicas y haya que considerar las posibles diferencias en función del género.

En el grupo de las chicas, el modelo predictivo de la depresión presentó un gran tamaño del efecto, con un 43% de varianza explicada. En este modelo las variables predictoras estadísticamente significativas fueron la autoestima y la victimización. Concretamente, las chicas que puntuaron más bajo en autoestima y más alto en victimización puntuaron más alto en depresión. En este caso los resultados son los esperados, ya que, aunque se esperaba que todas las variables contribuyeran al modelo, en el caso de la autoestima, que suele ser un factor predictor de la depresión (Peñate, et al., 2020) y la victimización, cabe esperar que el hecho de ser acosado, maltratado por los pares repercuta en el estado de ánimo. Por tanto, en el grupo de las chicas la autoestima y la victimización permitieron predecir la depresión.

El modelo predictivo de depresión, en el grupo de los chicos, presentó un tamaño del efecto moderado, con un 24% de varianza explicada. En este caso, las variables predictoras estadísticamente significativas fueron, al igual que en el caso de la ansiedad, la autoestima, la empatía y la victimización. En este caso, la varianza explicada por el modelo es menor que en el modelo predictivo elaborado para las chicas. Sin embargo, en el grupo de los chicos la empatía contribuye al modelo, aunque las correlaciones de la depresión con la empatía (solo con la alegría empática) eran muy bajas. Es necesario profundizar, tanto en las diferencias en los modelos predictivos de la depresión en chicos y chicas, como en la relación de la empatía con la depresión en los chicos, que no encontramos en el grupo de chicas (a pesar de que dos dimensiones de la empatía están correlacionadas con la depresión en el grupo de las chicas).

#### **4.4 CONCLUSIONES SOBRE LA RELACIÓN DE LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN CON EL APEGO**

El objetivo principal del estudio presentado en el tercer capítulo fue el de examinar las posibles relaciones entre las variables ansiedad y depresión con el apego en jóvenes estudiantes de bachillerato.

#### **4.4.1 Conclusiones sobre la exploración inicial de las variables**

En cuanto la exploración inicial de los variables analizadas, podemos concluir que los datos recabados son, en general, válidos y fiables, ya que no se han detectado ni patrones de respuestas aleatorias ni valores perdidos muy abultados, ni en relación con ítems concretos ni con personas concretas, es decir no hubo participantes con muchos valores perdidos, ni ítems que muchos participantes decidieran no responder. La adolescencia es una época en la que, en ocasiones, es difícil obtener información sincera sobre el estado de ánimo y las emociones, por lo que consideramos que la labor realizada por los miembros del equipo de investigación creando un clima de confianza en el aula en el momento de la cumplimentación de los cuestionarios, puede haber sido clave en la obtención de los resultados. Consideramos, además, que el hecho de que los participantes comprendieran, por un lado, la importancia del estudio y, por otro, el hecho de que los datos aportados se mantengan en el anonimato, también fue de gran importancia, y ello se debe a la labor de información de los miembros del equipo de investigación que realizaron la recogida de datos. En cuanto a la distribución de las puntuaciones, la presencia de valores extremos ha sido muy reducida y, por lo tanto, no ha afectado a los resultados obtenidos. Finalmente, se ha observado que las puntuaciones obtenidas en las escalas de Ansiedad y Depresión, así como en algunas de las dimensiones del CaMir-R-B que se relacionan con apegos inseguros (el Traumatismo infantil, la Interferencia con los padres y la Autosuficiencia y el rencor contra los padres), han mostrado una asimetría positiva, lo que era de esperar dado que eso indica que la mayoría de la muestra presenta puntuaciones bajas en dichas dimensiones. Por el contrario, las tres puntuaciones que hacen referencia al apego seguro (las puntuaciones del IPPA en referencia a la madre, al padre y la puntuación de la dimensión de

Seguridad del CaMir-R-B), muestran valores de asimetría negativa, indicando que la mayoría de la muestra presenta valores altos en estas escalas.

### **4.4.2 Conclusiones sobre las relaciones entre Ansiedad y Depresión y diferencias en función del sexo en jóvenes de 16 a 18 años**

El primer objetivo específico fue el de analizar las características y las diferencias en función del sexo en las variables ansiedad y depresión, así como los aspectos clínicos inutilidad, irritabilidad, síntomas psicofisiológicos y problemas de pensamiento.

En este sentido, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en función del sexo en todas las variables evaluadas por el CECAD. Aunque la puntuación media de las chicas fue mayor en todas las variables, la magnitud de dichas diferencias fue reducida. Estos resultados encontrados en la muestra de 16 a 18 años son los esperados, ya que la prevalencia de estos trastornos es mayor en las chicas, y resultan congruentes con los que previamente hemos comentado para el rango de edad de 10 a 16 años. Es posible que las diferencias aún no tengan una gran magnitud, porque, a pesar de ser más comunes a esta edad, estos trastornos suelen ser más habituales a partir de los 21 años, ya que antes de esta edad se consideran de inicio temprano (Klein et al., 1999; McCabe et al., 2003). De hecho, en el estudio 3 realizado dentro del proceso de adaptación se ha podido observar que las diferencias en función del sexo comienzan a tener una mayor magnitud en el grupo de edad que incluía estudiantes de Bachillerato y universitarios.

En cuanto a las correlaciones entre la ansiedad, la depresión y los aspectos clínicos evaluados por el CECAD, se encontraron correlaciones estadísticamente significativas y positivas, entre todas las variables evaluadas, siendo en general la magnitud de dichas relaciones alta o muy alta. No hay grandes diferencias entre las chicas y los chicos. Al ser trastornos que se dan de forma comórbida, tales correlacionadas son esperables.

#### **4.4.3 Conclusiones sobre la relación de la Ansiedad y la Depresión con el Apego**

El segundo objetivo específico del estudio presentado en el tercer capítulo fue el análisis de los resultados referidos al apego. Así, se pretendían estudiar las posibles relaciones de la ansiedad, la depresión y los aspectos clínicos con los diferentes estilos de apego desarrollados por los jóvenes.

En este sentido se esperaba encontrar una correlación negativa entre el apego seguro y los síntomas de ansiedad y depresión. Además, se esperaba que los síntomas de ansiedad se relacionaran con características más comunes del apego ambivalente. Finalmente, respecto al apego inseguro y sus características, se esperaban correlaciones de mayor magnitud con la sintomatología depresiva que con la sintomatología ansiosa.

En el grupo de las chicas, los resultados mostraron correlaciones negativas entre las variables de apego positivo (las puntuaciones totales del IPPA y la dimensión Seguridad del CaMir-R-B) y las variables evaluadas por el CECAD. Este resultado entra dentro de lo esperado, ya que las personas que tienen un apego más seguro suelen tener un mejor ajuste (Brown y Wright, 2001; Keskin y Çam, 2010; Muris et al., 2001; Seiffge-Krenke, 2006).

Por su parte, las demás variables evaluadas por el CaMir-R-B y las evaluadas por el CECAD presentaron, tal y como se esperaba, correlaciones negativas, siendo estas relaciones estadísticamente significativas en muchos casos. Sin embargo, el tamaño de estas relaciones fue, en general, de pequeña magnitud, excepto para la relación de la Autosuficiencia y el rencor contra los padres con la ansiedad y con los síntomas psicofisiológicos, y para la relación de la Preocupación familiar con la Depresión y con los Problemas de pensamiento, casos en los que la magnitud fue moderada. Estos resultados difieren de lo previsto ya que, aunque se esperaba encontrar relación entre los apegos inseguros y los trastornos internalizantes (Madigan et al., 2016; Muris et al., 2003; Tambelli et al., 2012), la Autosuficiencia y el rencor contra los padres, es decir, el rechazo hacia

los sentimientos de dependencia y reciprocidad afectiva y el rencor hacia los seres queridos, es característico del apego evitativo. Por su parte, la Preocupación familiar es característica del apego ambivalente. En este sentido, el apego evitativo suele estar relacionado con los síntomas externalizantes (Bakermans-Kranenburg y van IJzendoorn, 2009; Reimer et al., 1996) y el apego ambivalente con la ansiedad (Dagan et al., 2020; Colonesi et al., 2011). Sin embargo, en este caso esta característica del apego ambivalente no ha mostrado relación con la ansiedad, aunque sí está relacionada con la depresión.

En el caso de los chicos, los resultados muestran un patrón similar al de las chicas, es decir, correlaciones negativas entre las variables de apego positivo y las evaluadas por el CECAD; y negativas entre las demás variables evaluadas con el CaMir-R-B y las evaluadas con el CECAD. En este caso, prácticamente todas las correlaciones analizadas fueron estadísticamente significativas. Cabe mencionar que las correlaciones fueron algo mayores que en el caso de las chicas, aunque de nuevo, la mayoría eran de pequeña magnitud, aunque algunas resultaron de un tamaño moderado.

En este sentido, tanto la Autosuficiencia/Rencor como la Interferencia con los padres, mostraron relaciones positivas de tamaño moderado con Ansiedad, Depresión, Problemas de pensamiento y Síntomas psicofisiológicos. La interferencia con los padres se refiere al recuerdo de haber sido sobreprotegido en la infancia, haber sido un niño miedoso y haber sentido preocupación por ser abandonado. Estas dos dimensiones del CaMir-R-B se relacionan con el apego evitativo. Estos resultados están en coherencia con las conclusiones del meta-análisis de Madigan y colaboradores (2016) donde constataron que el estilo de apego evitativo estaba relacionado con mayor presencia de síntomas internalizantes.

Por su parte, la ansiedad y los síntomas psicofisiológicos mostraron una correlación moderada y negativa con la seguridad, es decir, los chicos con un apego más inseguro puntúan más alto en ansiedad, tal como se esperaba.

Finalmente, las puntuaciones en Traumatismo infantil, es decir, asociadas al hecho de recordar haber experimentado falta de disponibilidad, violencia y amenazas de las figuras de apego durante la infancia, mostraron una relación moderada con la Ansiedad, la Depresión y los Síntomas psicofisiológicos. El traumatismo infantil es característico del apego desorganizado y es habitual que en este tipo de apego se presenten síntomas internalizantes (Groh et al., 2012), por tanto, es esperable que presente correlación tanto con la ansiedad como con la depresión.

#### **4.4.4 Modelos predictivos**

El último objetivo específico del estudio presentado en el tercer capítulo fue el de proponer modelos predictivos tanto de la ansiedad como de la depresión, a partir de las dimensiones del apego.

El modelo predictivo de la Ansiedad en el grupo de las chicas presentó un tamaño del efecto moderado, con un 25% de varianza explicada. Las dos variables predictoras estadísticamente significativas fueron la Autosuficiencia y el rencor contra los padres y la Preocupación familiar, presentando una relación positiva, es decir, las chicas que puntuaron más alto en estas variables puntuaron también más alto en Ansiedad.

En cuanto al grupo de los chicos, el modelo predictivo de la Ansiedad también presentó un tamaño del efecto moderado, con un 21% de varianza explicada. En este caso, las variables predictoras estadísticamente significativas fueron tres, la Autosuficiencia y el rencor contra los padres y la Preocupación familiar mostrando una relación positiva, al igual que en el caso de las chicas, y la Seguridad, siendo en este caso la relación inversa, es decir, los chicos que puntuaron más alto en Seguridad puntuaron más bajo en Ansiedad.

Los modelos predictivos de ambos grupos incluyen una característica del apego evitativo (Autosuficiencia y rencor contra los padres) y una característica

del apego ambivalente (Preocupación familiar). Es esperable que estas características sean predictoras de la ansiedad.

En cuanto a los modelos predictivos para la depresión, el grupo de las chicas presentó un tamaño del efecto moderado, con un 15% de varianza explicada. Únicamente resultó estadísticamente significativa la Preocupación Familiar, la misma variable que ha tenido capacidad de explicar la Ansiedad, presentando una relación positiva, es decir, las chicas que puntuaron más alto en Preocupación Familiar puntuaron también más alto en Depresión.

En cuanto al grupo de los chicos, el modelo predictivo de la Depresión también presentó un tamaño del efecto moderado, con un 24% de varianza explicada. Fueron dos las variables predictoras estadísticamente significativas, la Autosuficiencia y rencor contra los padres y la Preocupación Familiar, variables que también han tenido capacidad predictiva de la Ansiedad. Ambas variables presentaron una relación positiva, es decir, los chicos que puntuaron más alto en estas variables puntuaron también más alto en Depresión.

En ambos modelos, una característica del apego ambivalente (Preocupación familiar) contribuyó a la predictibilidad del modelo, y en el caso de los chicos, también una de las características del apego evitativo (la autosuficiencia y el rencor contra los padres). Entre las personas con un apego inseguro, suele ser más habitual el apego ambivalente en las chicas y es más común el apego evitativo en los chicos.

### **4.5 LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN**

A continuación, pasamos a señalar algunas de las limitaciones o dificultades encontradas en el desarrollo de la tesis y las líneas de futuro que surgen a partir de los estudios realizados.

Una de las principales dificultades a las que se enfrentan los investigadores que pretenden evaluar variables psicológicas en niños, adolescentes y jóvenes vascoparlantes es la escasez de instrumentos adecuados en dicha lengua. Esto

condiciona, en gran medida, el trabajo de investigación que, en muchos casos, se inicia con la elaboración o la adaptación de instrumentos de evaluación psicológica, actividad que requiere un esfuerzo considerable. Este ha sido el caso en esta tesis, que se ha iniciado con la adaptación al euskera de un instrumento para evaluar dos variables, la ansiedad y la depresión, que constituyen el núcleo de la investigación. De hecho, la adaptación se ha convertido en una parte fundamental de la investigación y lo que comenzó siendo una dificultad, se ha convertido probablemente, en una de sus mayores aportaciones. Sin embargo, una vez realizada la adaptación, nos hemos encontrado con ciertas restricciones a la hora de encontrar instrumentos en euskera para evaluar el resto de constructos psicológicos necesarios para responder a los objetivos planteados. Estas dificultades, ponen de manifiesto la necesidad de adaptar instrumentos de evaluación, poniendo a disposición de los profesionales que lo necesiten una variedad de instrumentos, que permitan evaluar un mayor número de variables en un rango más amplio de edades. Consideramos que aquí existe una fructífera línea de investigación para el futuro, que aumentaría la posibilidad de comparar los resultados obtenidos en nuestro contexto con los de investigaciones realizadas en otros contextos geográficos y culturales.

Una limitación de nuestro estudio es la utilización exclusiva de instrumentos de autoinforme. Los autoinformes constituyen una de las formas de evaluación psicológica más frecuente, que permiten recoger una gran cantidad de datos, al poder aplicarse de manera colectiva. Sin embargo, dependen de la capacidad introspectiva, de autoobservación, autoevaluación y manejo de la lectoescritura, entre otros aspectos. Por lo tanto, consideramos de realizar investigaciones en el futuro para completar los datos recogidos mediante autoinforme con la utilización de otras técnicas de recogida de datos, como la observación y las entrevistas.

Otro aspecto metodológico a considerar es el diseño utilizado. En este trabajo, se ha utilizado un diseño de investigación transversal para analizar las relaciones entre los constructos implicados. Esto implica que se han evaluado las variables en el mismo momento temporal. La realización de estudios longitudinales en el futuro podría proporcionar mayor claridad a las relaciones analizadas, pudiendo facilitar el establecimiento de patrones temporales.

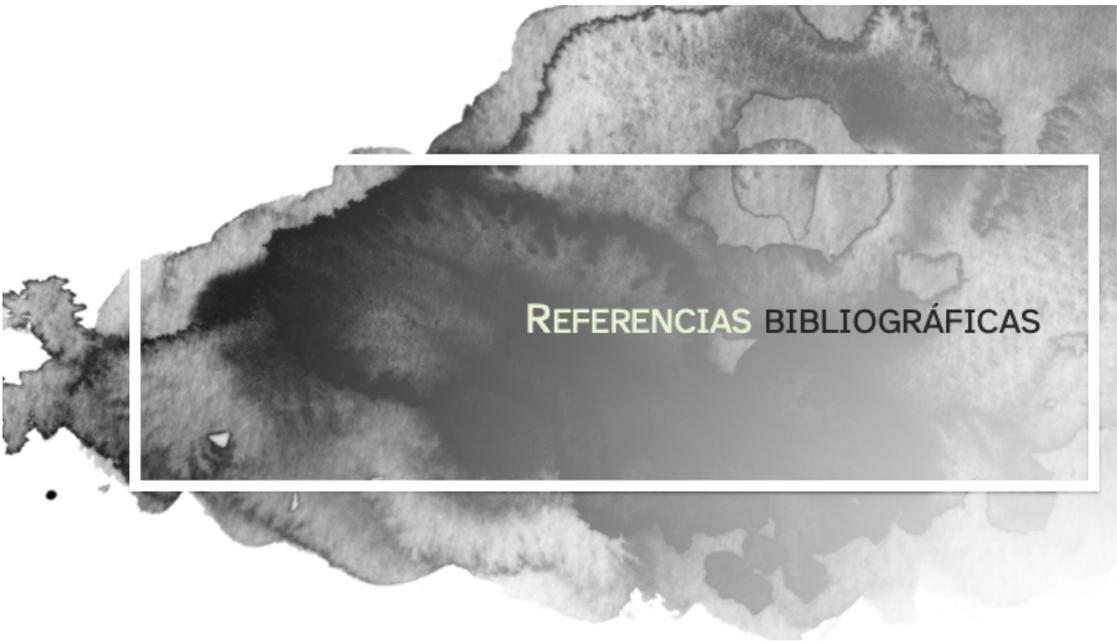
Otra dificultad con la que nos hemos encontrado ha tenido relación con la variable empatía. En los diferentes estudios revisados, se parte de diferentes concepciones y definiciones de la empatía, lo que dificulta la comparabilidad entre estudios. Además, al definir o evaluar esta variable no se tiene en cuenta el nivel de relación de la persona que tiene que empatizar con la persona objeto de la empatía. En este sentido, hemos observado que cuando se trabaja con población adolescente este puede ser un aspecto importante. Por todo ello, creemos que estos aspectos tienen que ser tenidos en cuenta en el futuro para lograr una mejor comprensión y, por lo tanto, evaluación de este constructo, facilitando el estudio de su función en la cognición, emoción y conducta humanas.

Finalmente, consideramos que un aspecto que podría ser de interés para futuras investigaciones sería la detección de posibles diferencias en la sintomatología o en la manera en la que se manifiestan la ansiedad y la depresión entre hombres y mujeres. Así, al igual que se introdujeron criterios diagnósticos específicos para los niños, puede que existan aspectos diferenciales en función del género. En este sentido, cabe destacar que los hombres tienen tasas de suicidio más altas que las mujeres y mayores tasas de prevalencia de trastornos externalizantes. Un posible aspecto a estudiar podrían ser las relaciones de la percepción de los roles de género con sintomatología internalizante y externalizante, es decir, si las personas que asumen un rol de género específico pueden tener mayores niveles de un tipo de sintomatología u otra.

Como conclusión, a pesar de las dificultades encontradas, consideramos que los estudios llevados a cabo en el marco de la presente tesis realizan una

aportación relevante, tanto en el ámbito de la investigación como en el ámbito clínico y educativo.





**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**



---

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I. y Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96(2), 358. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.96.2.358>
- Adam, K. S., Keller, A. E. S. y West, M. (1995). Attachment organization and vulnerability to loss, separation, and abuse in disturbed adolescents. En S. Goldberg, R. Muir, y J. Kerr (Eds.), *Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives* (pp. 309-341). Analytic Press, Inc.
- Adler D. A., McLaughlin, T. J., Rogers, W. H., Chang, H., Lapitsky, L. y Lerner D. (2006). Job performance deficits due to depression. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1569-1576. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.9.1569>
- Agudelo, D y Buela-Casal, G. (2008). *Inventario de depresión estado/rasgo (IDER)*. TEA Ediciones.
- Ainsworth, M. D. (1985). Attachments across the life span. *Bulletin of the New York Academy of medicine*, 61(9), 792-812.
- Ainsworth, M. D. y Bell, S. M. (1970). Attachment, exploration, and separation: Illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child Development*, 41, 49-67. <https://doi.org/10.2307/1127388>
- Ainsworth, M. D., Blehar, M. C., Waters, E. y Wall, S. N. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Lawrence Erlbaum.
- Albano, A. M., Chorpita, B. F. y Barlow, D. H. (2003). Childhood Anxiety Disorders. En E. J. Mash y R. A. Barkley (Eds.), *Child psychopathology* (pp. 279-329). The Guilford Press.

- Albarracín, G., Rovira, J., Carreras, L. y Rejas, J. (2008). Aspectos económicos y epidemiológicos de los trastornos de ansiedad generalizada: una revisión de la literatura. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36, 165-176.
- Aliri, J., Balluerka, N., Gorostiaga, A. y Soroa, G. (online first). Assessment of attachment representations in Basque adolescents and their relationship with internalizing and externalizing problems. *Psychological Reports*. <https://doi.org/10.1177/00332941211057147>
- Aliri, J., Gorostiaga, A. y Balluerka, N. (2017). *Análisis de la dimensionalidad de la escala de autoestima de Rosenberg*. Póster presentado en el XV congreso de Metodología de las Ciencias Sociales y de la Salud. Barcelona
- Allen, J. P. y Tan, J. S. (2016). The multiple facets of attachment in adolescence. En J. Cassidy y P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. 3<sup>rd</sup> ed. (pp 399-415). Guilford Press.
- Allen, J. P., Moore, C., Kuperminc, G. y Bell, K. (1998). Attachment and adolescent psychosocial functioning. *Child development*, 69(5), 1406-1419.
- Allen, J. P., Porter, M., McFarland, C., McElhaney, K. B., & Marsh, P. (2007). The relation of attachment security to adolescents' paternal and peer relationships, depression, and externalizing behavior. *Child development*, 78(4), 1222-1239.
- Alonso-Arbiol, I., Balluerka, N., Gorostiaga, A., Aritzeta, A., Gallarin, M. y Haranburu, M. (2014). Attachment dimensions in adolescence: an adaptation of the Inventory of Parent and Peer Attachment (IPPA) into Basque. *Estudios de Psicología*, 35(2), 359-386. <http://dx.doi.org/10.1080/02109395.2014.922254>
- Ammaniti, M., van IJzendoorn, M. H., Speranza, A. M. y Tambelli, R. (2000). Internal working models of attachment during late childhood and early adolescence: An exploration of stability and change. *Attachment and Human Development*, 2, 328-346. <https://doi.org/10.1080/14616730010001587>

- APA. (1995). *DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson.
- APA. (2001). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth edition, text revision*. American Psychiatric Association.
- APA. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth edition. (DSM-5)*. American Psychiatric Association.
- APA. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth edition, text revision. (DSM-5-TR)*. American Psychiatric Association.
- Apodaka, E. (2004). *Komunikazioaren gizarte psikologia*. Udako Euskal Unibertsitatea.
- Armsden, G. C. y Greenberg, M. T. (1987). The Inventory of Parent and Peer Attachment: Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 16(5), 427-454. <https://doi.org/10.1007/BF02202939>
- Arseneault, L., Walsh, E., Trzesniewski, K., Newcombe, R., Caspi, A. y Moffitt, T. E. (2006). Bullying victimization uniquely contributes to adjustment problems in young children: A nationally representative cohort study. *Pediatrics*, 118(1), 130-138. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-2388>
- Bakermans-Kranenburg, M. J. y van IJzendoorn, M. H. (2009). The first 10,000 Adult Attachment Interviews: Distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attachment & Human Development*, 11(3), 223-263. <https://doi.org/10.1080/14616730902814762>
- Balluerka N. y Gorostiaga, A. (2012). Elaboración de versiones reducidas de instrumentos de medida: Una perspectiva práctica. *Psychosocial Intervention*, 21, 103-110. <https://doi.org/10.5093/in2012v21n1a7>

- Balluerka, N., Gorostiaga, A. y Haranburu, M. (2012). Validation of Children's Depression Scale in the Basque speaking population. *The Spanish Journal of Psychology*, 15, 1400-1410. [https://doi.org/10.5209/rev\\_sjop.2012.v15.n3.39424](https://doi.org/10.5209/rev_sjop.2012.v15.n3.39424)
- Balluerka, N., Gorostiaga, A., Alonso-Arbiol, I. y Haranburu, M. (2007). La adaptación de instrumentos de medida de unas culturas a otras: Una perspectiva práctica. *Psicothema*, 19, 124-133.
- Balluerka, N., Lacasa, F., Gorostiaga, A., Muela, A. y Pierrehumbert, B. (2011). Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación del apego. *Psicothema*, 23, 486-494.
- Barbero-García, M. I., Vila-Abad, E. y Holgado-Tello, P. (2008). La adaptación de los tests en estudios comparativos interculturales. *Acción Psicológica*, 5, 7-16.
- Baron-Cohen, S. y Wheelwright, S. (2004). The empathy quotient: An investigation of adults with asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34(2), 163-175. <https://doi.org/10.1023/b:jadd.0000022607.19833.00>
- Bartholomew, K. y Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.61.2.226>
- Barzilay, S., Klomek, A. B., Apter, A., Carli, V., Wasserman, C., Hadlaczky, G., ... Wasserman, D. (2017). Bullying victimization and suicide ideation and behavior among adolescents in Europe: A 10-country study. *Journal of Adolescent Health*, 61(2), 179-186. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.02.002>
- Batson, C. D. (2011). These Things Called Empathy: Eight Related but Distinct Phenomena. En J. Decety y W. Ickes (Eds.), *The Social Neuroscience of Empathy* (pp. 3-15). MIT Press.

- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory. Second Edition. Manual*. The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Epstein, N. y Brown, G. (1990). Beck self-concept test. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2(2), 191-197. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/1040-3590.2.2.191>
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
- Beck, R. y Perkins, T. S. (2001). Cognitive content-specificity for anxiety and depression: A meta-analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 25(6), 651-663. <https://doi.org/10.1023/A:1012911104891>
- Beck, R., Perkins, T. S., Holder, R., Robbins, M., Gray, M. y Allison, S. H. (2001). The cognitive and emotional phenomenology of depression and anxiety: Are worry and hopelessness the cognitive correlates of NA and PA? *Cognitive Therapy and Research*, 25(6), 829-838. <https://doi.org/10.1023/A:1012983726272>
- Belzer, K. y Schneier, F. R. (2004). Comorbidity of anxiety and depressive disorders: issues in conceptualization, assessment, and treatment. *Journal of Psychiatric Practice*, 10(5), 296-306. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1097/00131746-200409000-00003>
- Benítez, I., Padilla, J. L., van de Vijver, F. y Cuevas, A. (2018). What cognitive interviews tell us about bias in cross-cultural research: An illustration using quality-of-life items. *Field Methods*, 30, 277-294. <https://doi.org/10.1177/1525822X18783961>
- Bernaldo-de-Quirós, M., Estupiñá, F. J., Labrador, F. J. Fernández-Arias, F., Gómez, L., Blanco, C. y Alonso, P. (2012). Diferencias sociodemográficas, clínicas y de resultados del tratamiento entre los trastornos de ansiedad. *Psicothema*, 24, 396-401.

- Bernarás, E., Jaureguizar, J., Soroa, M., Ibabe, I. y de las Cuevas, C. (2013). Evaluación de la sintomatología depresiva en el contexto escolar y variables asociadas. *Anales de Psicología*, 29, 131-140. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.1.137831>
- Bhui, K., Silva, M. J., Harding, S. y Stansfeld, S. (2017). Bullying, social support, and psychological distress: Findings from RELACHS cohorts of East London's White British and Bangladeshi adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 61(3), 317-328. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.03.009>
- Bögels, S. M. y Brechman-Toussaint, M. L. (2006). Family issues in child anxiety: Attachment, family functioning, parental rearing and beliefs. *Clinical Psychology Review*, 26(7), 834-856. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.08.001>
- Boulton, M. J. y Smith, P. K. (1994). Bully/victim problems in middle-school children: Stability, self-perceived competence, peer perceptions and peer acceptance. *British Journal of Developmental Psychology*, 12(3), 315-329. <https://doi.org/10.1111/j.2044-835X.1994.tb00637.x>
- Bourke, C., Douglas, K. y Porter, R. (2010). Processing of facial emotion expression in major depression: a review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(8), 681-696. <https://doi.org/10.3109/00048674.2010.496359>
- Bowlby, J. (1995). *Una base segura: aplicaciones clínicas de la teoría del apego*. Paidós.
- Brennan, K. A., Clark, C. L. y Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. En J. A. Simpson y W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46-76). The Guilford Press.
- Bress, J. N., Meyer, A. y Hajcak, G. (2015). Differentiating anxiety and depression in children and adolescents: Evidence from event-related brain potentials. *Journal of Clinical and Child and Adolescent Psychology*, 44, 238-249. <https://doi.org/10.1080/15374416.2013.814544>

- Brennan, K. A., Clark, C. L. y Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. En J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46-76). Guilford Press.
- Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28(5), 759-775.  
<https://doi.org/10.1037/0012-1649.28.5.759>
- Broadhead, W. E., Blazer, D. G., George, L. K. y Tse, C. K. (1990). Depression, disability days and days lost from work in a prospective epidemiologic survey. *JAMA*, 264, 2524-2528.
- Brown, L. S. y Wright, J. (2001). Attachment theory in adolescence and its relevance to developmental psychopathology. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 8(1), 15-32.  
<https://doi.org/10.1002/cpp.274>
- Brown, L. S. y Wright, J. (2003). The relationship between attachment strategies and psychopathology in adolescence. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76(4), 351-367.  
<https://doi.org/10.1348/147608303770584728>
- Brumariu, L. E. y Kerns, K. A. (2010). Parent-child attachment and internalizing symptoms in childhood and adolescence: A review of empirical findings and future directions. *Development and Psychopathology*, 22(1), 177-203.  
<https://doi.org/10.1017/s0954579409990344>
- Buchwald, A. M. y Rudick-Davis, D. (1993). The symptoms of major depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 102(2), 197.  
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0021-843X.102.2.197>
- Buela-Casal, G., Guillén-Riquelme, A. y Seisdedos, N. (2015). *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. STAI*. TEA Ediciones.
- Burns, R. B. (1982). *Self-concept development and education*. Cassell.

- Caballo, V. E., Olivares-Rodríguez, J., López-Gollonet, M.J. y Alcazar, A.I. (2003). Una revisión de los instrumentos para la evaluación de la fobia social: algunos datos empíricos. *Psicología Conductual*, 11, 539-562.
- Campbell, J. D., Chew, B. y Scratchley, L. S. (1991). Cognitive and Emotional Reactions to Daily Events: The Effects of Self-Esteem and Self-Complexity. *Journal of Personality*, 59(3), 473-505. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1991.tb00257.x>
- Carretero-Dios, H. y Pérez, C. (2007). Standards for the development and review of instrumental studies: Considerations about test selection in psychological research. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 863-882.
- Chavira, D. A., Stein, M. B., Bailey, K. y Stein, M. T. (2004). Comorbidity of generalized social anxiety disorder and depression in a pediatric primary care sample. *Journal of Affective Disorders*, 80, 163-171. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(03\)00103-4](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(03)00103-4)
- Chikovani, G., Babuadze, L., Iashvili, N., Gvalia, T. y Surguladze, S. (2015). Empathy costs: Negative emotional bias in high empathisers. *Psychiatry Research*, 229(1-2), 340-346. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.07.001>
- Clark, D. A. y Beck, A. T. (2012). *Terapia Cognitiva para trastornos de ansiedad*. Desclée de Brower.
- Cole, D. A., Nolen-Hoeksema, S., Girgus, J. y Paul, G. (2006). Stress exposure and stress generation in child and adolescent depression: a latent trait-state-error approach to longitudinal analyses. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(1), 40-51. <https://doi.org/10.1037/0021-843x.115.1.40>
- Colonesi, C., Draijer, E. M., Jan, J.M., Stams, G., Van der Bruggen, C. O., Bögels, S. M. y Noom, M. J. (2011). The relation between insecure attachment and child anxiety: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(4), 630-645. <https://doi.org/10.1080/15374416.2011.581623>

- Conde, V., Esteban Chamorro, T. y Useros Serrano, E. (1976). Revisión crítica de la adaptación castellana del Cuestionario de Beck. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 31(140), 469-497.
- Cruz-Pérez, G. (2012). De la tristeza a la depresión. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 15, 1310-1325.
- Csikszentmihalyi, M. y Seligman, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0003-066X.55.1.5>
- Cummings, C. M., Caporino, N. E. y Kendall, P. C. (2014). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: 20 years after. *Psychological Bulletin*, 140, 816-845. <https://doi.org/10.1037/a0034733>
- Cusi, A. M., MacQueen, G. M., Spreng, R. N. y McKinnon, M. C. (2011). Altered empathic responding in major depressive disorder: Relation to symptom severity, illness burden, and psychosocial outcome. *Psychiatry Research*, 188, 231-236. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.04.013>
- Dagan, O., Facompré, C. R., Nivison, M. D., Roisman, G. I. y Bernard, K. (2020). Preoccupied and dismissing attachment representations are differentially associated with anxiety in adolescence and adulthood: A meta-analysis. *Clinical Psychological Science*, 8(4), 614-640. <https://doi.org/10.1177/2167702620917455>
- Davis, C. M. (1990). What is empathy, and can empathy be taught? *Physical Therapy*, 70(11), 707-711. <https://doi.org/10.1093/ptj/70.11.707>
- Davis, M. H. (1983). The effects of dispositional empathy on emotional reactions and helping: A multidimensional approach. *Journal of Personality*, 51(2), 167-184. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/j.1467-6494.1983.tb00860.x>

- De Dreu, C. K. W. y Kret, M. E. (2016). Oxytocin Conditions Intergroup Relations Through Upregulated In-Group Empathy, Cooperation, Conformity, and Defense. *Biological Psychiatry*, 79(3), 165–173. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2015.03.020>
- Del Barrio, V. y Carrasco, M. A. (2004). *CDI: Inventario de Depresión Infantil*. TEA Ediciones.
- Dori, G. A. y Overholser, J. C. (1999). Depression, hopelessness, and self-esteem: Accounting for suicidality in adolescent psychiatric inpatients. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 29(4), 309–318.
- Echeburúa, E. y De Corral, P. (2009). *Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia*. Pirámide.
- Echeburúa, E., Salaberria, K., de Corral, P., Cenea, R. y Berasategui, T. (2000). Tratamiento del trastorno mixto de ansiedad y depresión: Resultados de una investigación experimental. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 509–535.
- Eisenberg, N. y Fabes, R. A. (1990). Empathy: Conceptualization, measurement, and relation to prosocial behavior. *Motivation and Emotion*, 14(2), 131–149. <https://doi.org/10.1007/BF00991640>
- Elosua, P., Mujika, J., Hermosilla, D. y Almeida, L.S. (2014). Procedimientos analítico-rationales en la adaptación de tests. Adaptación al español de la batería de pruebas de razonamiento. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46, 117–126.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. Norton Company.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and Crisis*. W.W. Norton & Company. Recuperado de: [https://archive.org/stream/300656427ErikHEriksonIdentityYouthAndCrisis1WWNortonCompany1968/300656427-Erik-H-Erikson-Identity-Youth-and-Crisis-1-W-W-Norton-Company-1968\\_djvu.txt](https://archive.org/stream/300656427ErikHEriksonIdentityYouthAndCrisis1WWNortonCompany1968/300656427-Erik-H-Erikson-Identity-Youth-and-Crisis-1-W-W-Norton-Company-1968_djvu.txt)

- Essau, C. A. (2008). Comorbidity of depressive disorders among adolescents in community and clinical settings. *Psychiatry Research*, 158, 35-42. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2007.09.007>
- Fantz, C. M. (1976). Relationships between sex role, empathy and anxiety. Dissertations and Theses. Paper 2591. <https://doi.org/10.15760/etd.2588>
- Farrington, D. P., Loeber, R., Stallings, R. y Ttofi, M. M. (2011). Bullying perpetration and victimization as predictors of delinquency and depression in the Pittsburgh Youth Study. *Journal of Aggression, Conflict and Peace Research*, 3(2), 74-81. <https://doi.org/10.1108/17596591111132882>
- Fathi-Ashtiani, A., Ejei, J., Khodapanahi, M. K. y Tarkhorani, H. (. (2007). Relationship between self-concept, self-esteem, anxiety, depression and academic achievement in adolescents. *Journal of Applied Sciences*, 7(7), 55-1000. [10.3923/jas.2007.995.1000](https://doi.org/10.3923/jas.2007.995.1000)
- Feeney, J. A., Noller, P. y Hanrahan, M. (1994). Assessing adult attachment. En M. B. Sperling y W. H. Berman (Eds.), *Attachment in adults: Clinical and developmental perspectives* (pp. 128-152). Guilford Press.
- Fernández-Pinto, I., Santamaría, P., Sánchez-Sánchez, F., Carrasco, M. A. y del Barrio, V. (2016). *SENA. Sistema de evaluación de niños y adolescentes*. TEA Ediciones.
- Fessler, L. J. (2006). The relation of anxiety to empathy and prosocial behaviour in school-age children University of British Columbia. Recuperado de <https://open.library.ubc.ca/collections/ubctheses/831/items/1.0053712>
- Ficková, E. (1999). Personality dimensions and self-esteem indicators relationships. *Studia Psychologica*, 41(4), 323.

- Filozof, E., Albertin, H., Jones, C., Sterne, S., Myers, L. y McDermott, R. (1998). Relationship of adolescent self-esteem to selected academic variables. *Journal of School Health*, 68, 68-72. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.1998.tb07194.x>
- Fonseca, A. C., Yule, W. y Erol, N. (1994). *Cross-cultural issues. In In International handbook of phobic and anxiety disorders in children and adolescents*. Springer.
- Forsberg, C., Thornberg, R. y Samuelsson, M. (2014). Bystanders to bullying: Fourth-to seventh-grade students' perspectives on their reactions. *Research Papers in Education*, 29(5), 557-576. <https://doi.org/10.1080/02671522.2013.878375>
- Frick, P. J., Lilienfeld, S. O., Ellis, M., Loney, B. y Silverthorn, P. (1999). The association between anxiety and psychopathy dimensions in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27(5), 383-392. <https://doi.org/10.1023/a:1021928018403>
- Fuentes, M. J., López, F., Etxebarria, I. y Ortiz, M. J. (1999). *Desarrollo afectivo y social*. Ediciones Pirámide
- Furnham, A. y Cheng, H. (2000). Lay Theories of Happiness. *Journal of Happiness Studies*, 1, 227-246. <https://doi.org/10.1023/A:1010027611587>
- Gambin, M. y Sharp, C. (2018a). Relations between empathy and anxiety dimensions in inpatient adolescents. *Anxiety, Stress and Coping*, 31(4), 447-458. <https://doi.org/10.1080/10615806.2018.1475868>
- Gambin, M. y Sharp, C. (2018b). The relations between empathy, guilt, shame and depression in inpatient adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 241, 381-387. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.068>

- Garber, J. y Weersing, R. (2010). Comorbidity of anxiety and depression in youth: Implications for treatment and prevention. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 17, 293-306. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2010.01221.x>
- García López, L. J., Olivares, J. y Vera Villaroel, P. E. (2003). Fobia social: Revisión de los instrumentos de evaluación validados para población de lengua española. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35, 151-160.
- Garnezy, N., Masten, A. S. y Tellegen, A. (1984). The Study of Stress and Competence in Children: A Building Block for Developmental Psychopathology. *Child Development*, 55(1), 97-111. <https://doi.org/10.2307/1129837>
- Gawronski, I. y Privette, G. (1997). Empathy and reactive depression. *Psychological Reports*, 80(3), 1043-1049. <https://doi.org/10.2466/pr0.1997.80.3.1043>
- George, C., Kaplan, N. y Main, M. (1985). *Adult Attachment Interview*. University of California.
- Ghorbani, N., Bing, M. N., Watson, P. J., Davison, H. K. y LeBreton, D. L. (2003). Individualist and collectivist values: Evidence of compatibility in Iran and the United States. *Personality and Individual Differences*, 35(2), 431-447. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(02\)00205-2](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(02)00205-2)
- Ginsburg, G. S., La Greca, A. M. y Silverman, W. K. (1998). Social anxiety in children with anxiety disorders: Relation with social and emotional functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26(3), 175-185. <https://doi.org/10.1023/a:1022668101048>
- Gorostiaga, A., Aliri, J., Echeveste, U., Balluerka, N., Soroa, G., Muela, A. y Aritzeta, A. (2018). *Manual técnico de la adaptación al euskera del CECAD Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión*. TEA Ediciones.
- Gorostiaga, A., Balluerka, N. y Soroa, G. (2014). Evaluación de la empatía en el ámbito educativo y su relación con la inteligencia emocional. *Revista de Educación*, 364, 12-38. <https://doi.org/10.4438/1988-592X-RE-2014-364-253>

- Grinker, R. R. y Timberlake, J. (1962). "Mentally healthy" young males (homoclitites): A study. *Archives of General Psychiatry*, 6(6), 405-453. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1962.01710240001001>
- Groh, A. M., Fearon, R. P., van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J. y Roisman, G. I. (2017). Attachment in the early life course: Meta-analytic evidence for its role in socioemotional development. *Child Development Perspectives*, 11(1), 70-76. <https://doi.org/10.1111/cdep.12213>
- Groh, A. M., Roisman, G. I., van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J. y Fearon, R. P. (2012). The significance of insecure and disorganized attachment for children's internalizing symptoms: A meta-analytic study. *Child Development*, 83(2), 591-610. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2011.01711.x>
- Grynberg, D., Luminet, O., Corneille, O., Grèzes, J. y Berthoz, S. (2010). Alexithymia in the interpersonal domain: A general deficit of empathy? *Personality and Individual Differences*, 49(8), 845-850. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.07.013>
- Gualtieri, C. T., Johnson, L. G. y Benedict, K. B. (2006). Neurocognition in depression: Patients on and off medication versus healthy comparison subjects. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 18(2), 217-225. <https://doi.org/10.1176/jnp.2006.18.2.217>
- Hambleton, R. K. (1996). Adaptación de tests para su uso en diferentes idiomas y culturas: fuentes de error, posibles soluciones y directrices prácticas. En J. Muñiz (Coord.), *Psicometría* (pp. 207-238). Universitas.
- Hambleton, R. K., Merenda, P. F. y Spielberger, C. D. (Eds.) (2005). *Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment*. Lawrence Erlbaum Publishers. <https://doi.org/10.4324/9781410611758>
- Hammen, C. (2005). Stress and Depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1(1), 293-319. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143938>

- Hankin, B. L., Lakdawalla, Z., Carter, I. L., Abela, J. R. y Adams, P. (2007). Are neuroticism, cognitive vulnerabilities and self-esteem overlapping or distinct risks for depression? Evidence from exploratory and confirmatory factor analyses. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26(1), 29-63. <http://dx.doi.org/10.1521/jscp.2007.26.1.29>
- Hankin, Benjamin L. y Abramson, L. Y. (2001). Development of Gender Differences in Depression: An Elaborated Cognitive Vulnerability-Transactional Stress Theory. *Psychological Bulletin*, 127(6), 773-796. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.127.6.773>
- Harter, S. (1999). *The Construction of the Self. A Developmental Perspective*. Guilford Press.
- Hawkins, D.L., Pepler, D.J. y Craig, W.M. (2001). Naturalistic observations of peer interventions in bullying. *Social Development*, 10(4), 512-527. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/1467-9507.00178>
- Hay, I., Ashman, A. F. y Van Kraayenoord, C. E. (1998). Educational characteristics of students with high or low self-concept. *Psychology in the Schools*, 35(4), 391-400. <https://doi.org/10.1002/%28SICI%291520-6807%28199810%2935%3A4%3C391%3A%3AAID-PITS10%3E3.0.CO%3B2-%23>
- Hernández, A., Hidalgo, M.D., Hambleton, R. y Gómez-Benito, J. (2020). International test commission guidelines for test adaptation: A criterion checklist. *Psicothema*, 32(3), 390-398. <https://doi.org/10.7334/psicothema2019.306>
- Hertel, J., Schutz, A. y Lammers, C. H. (2009). Emotional Intelligence and Mental Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 65(9), 942-954. <https://doi.org/10.1002/jclp.20597>
- Hodges, E. V. y Perry, D. G. (1999). Personal and interpersonal antecedents and consequences of victimization by peers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(4), 677-685. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.76.4.677>

- Hoffmann, F., Banzhaf, C., Kanske, P., Gärtner, M., Birmpohl, F. y Singer, T. (2016). Empathy in depression: Egocentric and altercentric biases and the role of alexithymia. *Journal of Affective Disorders*, 199, 23–29. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.03.007>
- Homann, E. (1997). Attachment and Affect Regulation in Depressed Mothers and Their Adolescent Daughters. Trabajo presentado en el Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development. Recuperado de: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED407159.pdf>
- Huberty, T. J. (2012). *Anxiety and depression in children and adolescents: Assessment, intervention, and prevention*. Springer Science & Business Media.
- Hutchinson, M. (2012). Exploring the impact of bullying on young bystanders. *Educational Psychology in Practice*, 28(4), 425–442. <https://doi.org/10.1080/02667363.2012.727785>
- Inglés, C. J., Méndez, X., Hidalgo, M. D., Rosa, A. I. y Orgilés, M. (2003). Cuestionarios, inventarios y escalas de ansiedad social para adolescentes: Una revisión crítica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8, 1-21. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.8.num.1.2003.3939>
- ISEI-IVEI (2012). *El maltrato entre iguales en primaria y secundaria*. Gobierno Vasco.
- ITC. (2005). *International guidelines on test adaptation*. Retrieved from [www.intestcom.org](http://www.intestcom.org)
- ITC. (2017). *The ITC guidelines for translating and adapting tests (second edition)*. Retrieved from [www.intestcom.org](http://www.intestcom.org)
- Janson, G. R., Carney, J. V., Hazler, R. J. y Oh, I. (2009). Bystanders' reactions to witnessing repetitive abuse experiences. *Journal of Counseling & Development*, 87(3), 319–326. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2009.tb00113.x>

- Kaltiala-Heino, R., Fröjd, S. y Marttunen, M. (2010). Involvement in bullying and depression in a 2-year follow-up in middle adolescence. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 19(1), 45-55. <https://doi.org/10.1007/s00787-009-0039-2>
- Kan, Y., Mimura, M., Kamijima, K. y Kawamura, M. (2004). Recognition of emotion from moving facial and prosodic stimuli in depressed patients. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 75, 1667-1671. <https://doi.org/10.1136%2Fjnnp.2004.036079>
- Keskin, G. y Cam, O. (2010). Adolescents' strengths and difficulties: approach to attachment styles. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(5), 433-441.
- Kessler, R. C. y Bromet, E. J. (2013). The epidemiology of depression across cultures. *Annual Review of Public Health*, 34, 119-138. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031912-114409>
- Kessler, R. C., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M. y Wittchen, H. U. (2012). Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 21, 169-184. <https://doi.org/10.1002/mpr.1359>
- Klein, D. N., Schatzberg, A. F., McCullough, J. P., Dowling, F., Goodman, D., Howland, R. H., ... Keller, M. B. (1999). Age of onset in chronic major depression: relation to demographic and clinical variables, family history, and treatment response. *Journal of Affective Disorders*, 55(2-3), 149-157. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(99\)00020-8](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(99)00020-8)
- Klomek, A. B., Sourander, A., Niemelä, S., Kumpulainen, K., Piha, J., Tamminen, T., ... Gould, M. S. (2009). Childhood bullying behaviors as a risk for suicide attempts and completed suicides: a population-based birth cohort study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(3), 254-261. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e318196b91f>

- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory*. Multi Health Systems.
- Koyanagi, A., Oh, H., Carvalho, A. F., Smith, L., Haro, J. M., Vancampfort, D., ... De-Vylder, J. E. (2019). Bullying victimization and suicide attempt among adolescents aged 12–15 years from 48 countries. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 58(9), 907–918. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.10.018>
- Kumpulainen, K., Räsänen, E., Henttonen, I., Almqvist, F., Kresanov, K., Linna, S. L., ... Tamminen, T. (1998). Bullying and Psychiatric Symptoms among Elementary School-Age Children. *Child Abuse and Neglect*, 22(7), 705–717. [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(98\)00049-0](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(98)00049-0)
- Lacasa, F. (2008). *Relación entre vínculo afectivo, psicopatología y cambio en una muestra de adolescentes: estudio comparativo entre una muestra clínica que han realizado psicoterapia de grupo y una muestra comunitaria*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Lacasa, F. y Muela, A. (2014). Guía para la aplicación e interpretación del cuestionario de apego CaMir-R. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 24, 83-94.
- Lameirinhas, J. y Gorostiaga, A. (2020). Goldberg-en Ansietate eta Depresio Eskala: euskarazko egokitzapenaren ikerketa pilotua. *Uztaro*, 114, 59-78.
- Lang, M. y Tisher, M. (1978). *Children's Depression Scale*. Australian Council for Educational Research.
- Lee, A. y Hankin, B. L. (2009). Insecure attachment, dysfunctional attitudes, and low self-esteem predicting prospective symptoms of depression and anxiety during adolescence. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 38(2), 219-231. <https://doi.org/10.1080%2F15374410802698396>

- Lee, H. S., Brennan, P. F. y Daly, B. J. (2001). Relationship of empathy to appraisal, depression, life satisfaction, and physical health in informal caregivers of older adults. *Research in Nursing and Health*, 24(1), 44–56. [https://doi.org/10.1002/1098-240x\(200102\)24:1%3C44::aid-nur1006%3E3.0.co;2-s](https://doi.org/10.1002/1098-240x(200102)24:1%3C44::aid-nur1006%3E3.0.co;2-s)
- Lee, S. A. (2009). Does empathy mediate the relationship between neuroticism and depressive symptomatology among college students? *Personality and Individual Differences*, 47(5), 429–433. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.04.020>
- Light, S. y Zahn-Waxler, C. (2012). Nature and forms of empathy in the first years of life En J. Decety (Ed.), *Empathy: From bench to bedside* (pp.109-130), MIT Press.
- Light, S., Coan, J.A., Zahn-Waxler, C., Frye, C., Goldsmith, H. H. y Davidson R. J. (2009). Empathy is associated with dynamic change in prefrontal brain electrical activity during positive emotion in children. *Child Development*, 80, 1210-1231.
- Lijster, J. M. D., Dierckx, B., Utens, E. M., Verhulst, F. C., Zieldorff, C., Dieleman, G. C. y Legerstee, J. S. (2017). The age of onset of anxiety disorders: a meta-analysis. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 62(4), 237–246. <https://doi.org/10.1177/0706743716640757>
- López, B., Fernández, I. y Abad, J. (2008). *Test de empatía cognitiva y afectiva*. TEA Ediciones.
- Lozano-González, L., García-Cueto, E. y Lozano-Fernández, L. M. (2007). *Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión*. TEA Ediciones.
- Macdonald, G. (1994). Self-esteem and the promotion of mental health. En D. Trent. y C. Reed (Eds.) *Promotion of Mental Health* (pp. 19–20). Aldershot.

- Madigan, S., Brumariu, L. E., Villani, V., Atkinson, L. y Lyons-Ruth, K. (2016). Representational and questionnaire measures of attachment: A meta-analysis of relations to child internalizing and externalizing problems. *Psychological Bulletin*, 142(4), 367. <https://doi.org/10.1037/bul0000029>
- Marcia, J. E. (1993). The Ego Identity Status Approach to Ego Identity. En *Ego Identity* (pp. 3–21). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-1-4613-8330-7\\_1](https://doi.org/10.1007/978-1-4613-8330-7_1)
- Markus, H. y Nurius, P. (1986). Possible selves. *American Psychologist*, 41(9), 954–969. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0003-066X.41.9.954>
- Marsh, H. W. y Yeung, A. S. (1997). Causal effects of academic self-concept on academic achievement: Structural equation models of longitudinal data. *Educational Psychology*, 89(1), 41–54.
- Martínez-Monteagudo, M. C., Inglés, C. y García-Fernández, J. M. (2013). Evaluación de la ansiedad escolar: Revisión de cuestionarios, inventarios y escalas. *Psicología Educativa*, 19, 27-36. <https://doi.org/10.5093/ed2013a5>
- Matsuoka, N., Uji, M., Hiramura, H., Chen, Z., Shikai, N., Kishida, Y. y Kitamura, T. (2006). Adolescents' attachment style and early experiences: A gender difference. *Archives of Women's Mental Health*, 9(1), 23-29. <https://doi.org/10.1007/s00737-005-0105-9>
- McCabe, R. E., Antony, M. M., Summerfeldt, L. J., Liss, A., y Swinson, R. P. (2003). Preliminary examination of the relationship between anxiety disorders in adults and self-reported history of teasing or bullying experiences. *Cognitive Behaviour Therapy*, 32(4), 187-193. <https://doi.org/10.1080/16506070310005051>
- McCarty, R. (2016). The fight-or-flight response: A cornerstone of stress research. En G. Fink (Ed.), *Stress: Concepts, cognition, emotion, and behavior* (pp. 33–37). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-800951-2.00004-2>

- McPherson, L. y Lakey, B. (1993). Content overlap inflates the relation between negative cognition and dysphoria. *Journal of Personality Assessment*, 80(2), 411-417. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6002\\_16](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6002_16)
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Fresco, D. M. y Ritter, M. R. (2008). Is generalized anxiety disorder an anxiety or mood disorder? Considering multiple factors as we ponder the fate of GAD. *Depression and Anxiety*, 25, 289-299. <https://doi.org/10.1002/da.20493>
- Miguel-Tobal, J. J. y Cano-Vindel, A. R. (2002). *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA)*. TEA Ediciones.
- Minor, K. L., Champion, J. E. y Gotlib, I. H. (2005). Stability of DSM-IV criterion symptoms for major depressive disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 39(4), 415-420. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2004.11.001>
- Monroe, S. M., Slavich, G. M. y Georgiades, K. (2009). The social environment and life stress in depression. En I. H. Gotlib, y C. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 340-360). Guilford.
- Mooradian, T., Davis, M. y Matzler, K. (2011). Dispositional empathy and the hierarchical structure of personality. *American Journal of Psychology*, 124(1), 99-109. <https://doi.org/10.5406/amerjpsyc.124.1.0099>
- Morrison, A. S., Mateen, M. A., Brozovich, F. A., Zaki, J., Goldin, P. R., Heimberg, R. G. y Gross, J. J. (2016). Empathy for positive and negative emotions in social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 87, 232-242. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.10.005>
- Mullen, S.P., Gothe, N.P. y McAuley, E. (2013). Evaluation of the factor structure of the Rosenberg self-esteem scale in older adults. *Personality and Individual Differences*, 54(2), 153-157. <https://doi.org/10.1016%2Fj.paid.2012.08.009>
- Muñiz, J. y Hambleton, R. K. (1996). Directrices para la traducción y adaptación de los tests. *Papeles del Psicólogo*, 66, 63-70.

- Muñiz, J., Elosua, P. y Hambleton, R. K. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los tests: Segunda edición. *Psicothema*, 25, 151-157. <https://doi.org/10.7334/psicothema2013.24>
- Muris, P., Meesters, C. y van den Berg, S. (2003). Internalizing and externalizing problems as correlates of self-reported attachment style and perceived parental rearing in normal adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 12(2), 171-183. <https://doi.org/10.1023/A:1022858715598>
- Muris, P., Meesters, C., Van Melick, M. y Zwambag, L. (2001). Self-reported attachment style, attachment quality, and symptoms of anxiety and depression in young adolescents. *Personality and Individual Differences*, 30(5), 809-818. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00074-X](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00074-X)
- Nicolas, G., Desilva, A., Prater, K. y Bronkoski, E. (2009). Empathic family stress as a sign of family connectedness in Haitian immigrants. *Family Process*, 48(1), 135-150. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2009.01272.x>
- O'Brennan, L. M., Bradshaw, C. P. y Sawyer, A. L. (2009). Examining developmental differences in the social-emotional problems among frequent bullies, victims, and bully/victims. *Psychology in the Schools*, 46(2), 100-115. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1002/pits.20357>
- O'Connor, L. E., Berry, J. W., Lewis, T., Mulherin, K. y Crisotomo, P. S. (2007). Empathy and depression: the moral system on overdrive. En T. Farrow y P. Woodruff (Eds.), *Empathy in mental illness* (pp. 49-75). Cambridge University Press.
- O'Connor, L. E., Berry, J. W., Weiss, J. y Gilbert, P. (2002). Guilt, fear, submission, and empathy in depression. *Journal of Affective Disorders*, 71(1-3), 19-27. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(01\)00408-6](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(01)00408-6)

- Ollendick, T. H., Yang, B., King, N. J., Dong, Q. y Akande, A. (1996). Fears in American, Australian, Chinese, and Nigerian children and adolescents: a cross-cultural study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37(2), 213–220. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1996.tb01393.x>
- Olweus, D. (1995). Peer Abuse or Bullying at School: Basic Facts and a School-Based Intervention Programme. *Prospects*, 25(1), 133–139.
- OMS (1992). *CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento*. Meditor.
- Ormel, J., Von Korff, M., Van Den Brink, W., Katon, W., Brilman, E. y Oldehinkel, T. (1993). Depression, anxiety, and social disability show synchrony of change in primary care patients. *American Journal of Public Health*, 83, 385–397. <https://doi.org/10.2105/ajph.83.3.385>
- Orth, U., Robins, R. W. y Meier, L. L. (2009). Disentangling the effects of low self-esteem and stressful events on depression: findings from three longitudinal studies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97(2), 307–321. <https://doi.org/10.1037/a0015645>
- Orth, U., Robins, R. W. y Roberts, B. W. (2008). Low self-esteem prospectively predicts depression in adolescence and young adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95(3), 695. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.95.3.695>
- Orth, U., Trzesniewski, K. H. y Robins, R. W. (2010). Self-esteem development from young adulthood to old age: a cohort-sequential longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98(4), 645–658. <https://doi.org/10.1037/a0018769>
- Overholser, J. C., Adams, D. M., Lehnert, K. L. y Brinkman, D. C. (1995). Self-esteem deficits and suicidal tendencies among adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(7), 919–928. <https://doi.org/10.1097/00004583-199507000-00016>

- Padgett, S. y Notar, C. E. (2013). Bystanders Are the Key to Stopping Bullying. *Universal Journal of Educational Research*, 1(2), 33-41. <https://doi.org/10.13189/ujer.2013.010201>
- Padilla, J. L. y Benítez, I. (2014). Validity evidence based on response processes. *Psicothema*, 26, 136-144. <https://doi.org/10.7334/psicothema2013.259>
- Parker, G., Tupling, H. y Brown, L. B. (1979). A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1-10. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/j.2044-8341.1979.tb02487.x>
- Patterson, G. R. y Capaldi, D. M. (1992). Mediational model for boys depressed mood. En J. Rolf, A. S. Masten, D. Cicchetti, K. H. Nuechterlein y S. Weintraub (Eds.), *Risk and Protective Factors in Development of Psychopathology*. Cambridge University Press.
- Patton, W. (1991). Relationship between self-image and depression in adolescents. *Psychological Reports*, 68(3), 867-870. <https://doi.org/10.2466/pr0.1991.68.3.867>
- Peets, K., Pöyhönen, V., Juvonen, J. y Salmivalli, C. (2015). Classroom Norms of Bullying Alter the Degree to Which Children Defend in Response to Their Affective Empathy and Power. *Developmental Psychology*, 51(7), 913-920. <https://doi.org/10.1037/a0039287>
- Peñate, W., González-Loyola, M. y Oyanadel, C. (2020). The predictive role of affectivity, self-esteem and social support in depression and anxiety in children and adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19), 6984. <https://doi.org/10.3390/ijerph17196984>

- Péron, J., El Tamer, S., Grandjean, D., Leray, E., Travers, D., Drapier, D., ... Millet, B. (2011). Major depressive disorder skews the recognition of emotional prosody. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 35(4), 987–996. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2011.01.019>
- Pierrehumbert, B., Karmaniola, A., Sieye, A., Meister, C., Miljkovitch, R. y Halfon, O. (1996). Les modèles de relations: Développement d'un auto-questionnaire d'attachement pour adultes. *Psychiatrie de l'Enfant*, 1, 161-206.
- Pontillo, M., Tata, M. C., Aversa, R., Demaria, F., Gargiullo, P., Guerrera, S., ... Vicari, S. (2019). Peer victimization and onset of social anxiety disorder in children and adolescents. *Brain Sciences*, 9(6), 132. <https://doi.org/10.3390%2Fbrain-sci9060132>
- Preston, S. D. y de Waal, F. B. M. (2002). Empathy: Its ultimate and proximate bases. *Behavioral and Brain Sciences*, 25(1), 1–20. <https://doi.org/10.1017/s0140525x02000018>
- Rapee, R. M. y Barlow, D. H. (1991). *Chronic anxiety: Generalized anxiety disorder and mixed anxiety-depression*. The Guilford Press.
- Ratcliffe, M. (2014). The phenomenology of depression and the nature of empathy. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 17, 269–280. <https://doi.org/10.1007/s11019-013-9499-8>
- Reid, C., Davis, H., Hurlin, C., Anderson, M., Baughman, N. y Campbell, C. (2013). The Kids' Empathic Development Scale (KEDS): A multi-dimensional measure of empathy in primary school-aged children. *British Journal of Developmental Psychology*, 31(2), 231–256. <http://dx.doi.org/10.1111/bjdp.12002>
- Reimer, M. S., Overton, W. F., Steidl, J. H., Rosenstein, D. S. y Horowitz, H. (1996). Familial responsiveness and behavioral control: Influences on adolescent psychopathology, attachment, and cognition. *Journal of Research on Adolescence*, 6(1), 87-112.

- Reinherz, H. Z., Giaconia, R. M., Pakiz, B., Silverman, A. B., Frost, A. K. y Lefkowitz, E. S. (1993). Psychosocial risks for major depression in late adolescence: A longitudinal community study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32(6), 1155–1163. <https://doi.org/10.1097/00004583-199311000-00007>
- Rice, K. G., Ashby, J. y Slaney, R. B. (1998). Self-esteem as a mediator between perfectionism and depression: A structural equation analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 45, 304–314. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-0167.45.3.304>
- Ricketta, M. (2004). Does social desirability inflate the correlation between self-esteem and anxiety? *Psychological Reports*, 94(3 supl.), 1232–1234. <https://doi.org/10.2466/pr0.94.3c.1232-1234>
- Ringdal, R., Espnes, G. A., Eilertsen, M. E. B., Bjørnsen, H. N. y Moksnes, U. K. (2020). Social support, bullying, school-related stress and mental health in adolescence. *Nordic Psychology*, 72(4), 313–330. <https://doi.org/10.1080/19012276.2019.1710240>
- Rivers, I. y Noret, N. (2010). Participant roles in bullying behavior and their association with thoughts of ending one's life. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 31(3), 143–148. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000020>
- Rivers, I. y Noret, N. (2013). Potential Suicide Ideation and Its Association with Observing Bullying at School. *Journal of Adolescent Health*, 53, S32–S36. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.10.279>
- Rivers, I., Poteat, V. P., Noret, N. y Ashurst, N. (2009). Observing bullying at school: The mental health implications of witness status. *School Psychology Quarterly*, 24(4), 211–223. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0018164>

- Roberts, J. E. (2006). Self-esteem from a clinical perspective. En M. H. Kernis (Ed.), *Self-esteem issues and answers: A sourcebook of current perspectives* (pp. 298–305). Psychology Press.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the Self*. Basic Books.
- Rost, K., Smith, J. L. y Dickinson, M. (2004). The effect of improving primary care depression management on employee absenteeism and productivity. A randomized trial. *Medical Care*, 42, 1202-1210. <https://doi.org/10.1097/00005650-200412000-00007>
- Sachs-Ericsson, N., Gayman, M. D., Kendall-Tackett, K., Lloyd, D. A., Medley, A., Collins, N., ... Sawyer, K. (2010). The long-term impact of childhood abuse on internalizing disorders among older adults: The moderating role of self-esteem. *Aging & Mental Health*, 14(4), 489-501. <https://doi.org/10.1080/13607860903191382>
- Sallquist, J. V., Eisenberg, N., Spinrad, T.L., Eggum, N.D. y Gaertner, B. M. (2009). Assessment of preschoolers' positive empathy: concurrent and longitudinal relations with positive emotion, social competence and sympathy. *Journal of Positive Psychology*, 4, 223-233. <https://doi.org/10.1080/17439760902819444>
- Salmivalli, C. (2014). Participant roles in bullying: How can peer bystanders be utilized in interventions? *Theory into Practice*, 53(4), 286–292. <https://doi.org/10.1080/00405841.2014.947222>

- Salmivalli, C., Lagerspetz, K., Björkqvist, K., Österman, K. y Kaukiainen, A. (1996). Bullying as a group process: Participant roles and their relations to social status within the group. *Aggressive Behavior: Official Journal of the International Society for Research on Aggression*, 22(1), 1-15. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-2337\(1996\)22:1%3C1::AID-AB1%3E3.0.CO;2-T](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-2337(1996)22:1%3C1::AID-AB1%3E3.0.CO;2-T)
- Salmivalli, C., Voeten, M. y Poskiparta, E. (2011). Bystanders matter: Associations between reinforcing, defending, and the frequency of bullying behavior in classrooms. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(5), 668-676. <https://doi.org/10.1080/15374416.2011.597090>
- Sanz, J., Perdigón, A. L. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14, 249-280.
- Schoenbaum, M., Unutzer, J. McCaffrey, D., Duan, N., Sherbourne, C. y Wells, K. B. (2009). The effects of primary care depression treatment on patients' clinical status and employment. *Health Services Research*, 37, 1145-1158. <https://doi.org/10.1111%2F1475-6773.01086>
- Schreier, S., Pijnenborg, G. H. y Aan Het Rot, M. (2013). Empathy in adults with clinical or subclinical depressive symptoms. *Journal of affective disorders*, 150(1), 1-16. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.03.009>
- Seiffge-Krenke, I. (2006). Coping with relationship stressors: The impact of different working models of attachment and links to adaptation. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(1), 24-38.
- Seisdedos, N. (1990). *Cuestionario de autoevaluación ansiedad estado-rasgo en niños*. STAIC. TEA Ediciones.
- Seisdedos, N. (2003). *CDS: Cuestionario de depresión para niños*. TEA Ediciones.

- Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The consumer reports study. *American Psychologist*, 50(12), 965–974. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.50.12.965>
- Shaffer, D. y Waslick, B. D. (2003). *Las múltiples caras de la depresión en niños y adolescentes*. Psiquiatría Editores S.L.
- Shamay-Tsoory, S. G., Aharon-Peretz, J. y Perry, D. (2009). Two systems for empathy: A double dissociation between emotional and cognitive empathy in inferior frontal gyrus versus ventromedial prefrontal lesions. *Brain*, 132(3), 617–627. <https://doi.org/10.1093/brain/awn279>
- Shmueli-Goetz, Y., Target, M., Fonagy, P. y Datta, A. (2008). The child attachment interview: A psychometric study of reliability and discriminant validity. *Developmental Psychology*, 44, 939–956.
- Shojaei, T., Wazana, A., Pitrou, I., Gilbert, F. y Kovess, V. (2009). Self-reported peer victimization and child mental health: Results of a cross-sectional survey among French primary school children. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 30(4), 300–309. <https://doi.org/10.1097/dbp.0b013e3181ad1e1a>
- Simon, G. E., Revick, D., Hellingenstein, J., Grothaus, L., Vonkorff, M., Katon, W. J. y Hylan, T. R. (2000). Recovery from depression, work productivity, and health care costs among primary care patients. *General Hospital Psychiatry*, 22, 153–162. [https://doi.org/10.1016/s0163-8343\(00\)00072-4](https://doi.org/10.1016/s0163-8343(00)00072-4)
- Singer, T. y Lamm, C. (2009). The Social Neuroscience of Empathy. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1156, 81–96. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.04418.x>
- Smith, R. L. (2015). Adolescents' emotional engagement in friends' problems and joys: Associations of empathetic distress and empathetic joy with friendship quality, depression, and anxiety. *Journal of Adolescence*, 45, 103–111. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2015.08.020>

- Solomon, S., Greenberg, J. y Pyszczynski, T. (2000). Pride and prejudice: Fear of death and social behavior. *Current Directions in Psychological Science*, 9(6), 200-204. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/1467-8721.00094>
- Sowislo, J. F. y Orth, U. (2013). Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 139(1), 213-240. <https://doi.org/10.1037/a0028931>
- Spalletta, G., Troisi, A., Saracco, M., Ciani, N. y Pasini, A. (1996). Symptom profile, Axis II comorbidity and suicidal behaviour in young males with DSM-III-R depressive illnesses. *Journal of Affective Disorders*, 39(2), 141-148. [https://doi.org/10.1016/0165-0327\(96\)00025-0](https://doi.org/10.1016/0165-0327(96)00025-0)
- Spielberger, C. D. (1973). *State-trait Anxiety Inventory for Children. STAIC*. The Psychological Corporation.
- Spielberger, C. D. (1999, Noviembre). *Depression Evaluations: Euthymia and Dysthymia*. Conferencia presentada en el Congreso Internacional sobre Depresión, Granada, España.
- Spielberger, C. D., Gonzalez-Reigosa, F., Martinez-Urrutia, A., Natalicio, L. F. y Natalicio, D. S. (1971). State-trait anxiety inventory. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 5(3&4). <https://doi.org/10.30849/rip/ijp.v5i3 & 4.620>
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. E., Buena-Casal, G., Guillén, A., Nicolás, R. y Cubero, S. (1970). *State-Trait Anxiety Inventory*.
- Storch, E. A., Masia-Warner, C., Crisp, H. y Klein, R. G. (2005). Peer victimization and social anxiety in adolescence: A prospective study. *Aggressive Behavior: Official Journal of the International Society for Research on Aggression*, 31(5), 437-452. <https://doi.org/10.1002/ab.20093>

- Tambelli, R., Laghi, F., Odorisio, F. y Notari, V. (2012). Attachment relationships and internalizing and externalizing problems among Italian adolescents. *Children and Youth Services Review*, 34(8), 1465-1471. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2012.04.004>
- Tefft, N. (2012). Mental health and employment: The SAD story. *Economics and Human Biology*, 10, 242-255. <https://doi.org/10.1016/j.ehb.2011.08.006>
- Teri, L. (1982). Depression in adolescence: Its relationship to assertion and various aspects of self-image. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 11(2), 101-106.
- Thoma, P., Friedmann, C. y Suchan, B. (2013). Empathy and social problem solving in alcohol dependence, mood disorders and selected personality disorders. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 37(3), 448-470. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2013.01.024>
- Thoma, P., Zalewski, I., von Reventlow, H. G., Norra, C., Juckel, G. y Daum, I. (2011). Cognitive and affective empathy in depression linked to executive control. *Psychiatry Research*, 189(3), 373-378. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.07.030>
- Thomas, K. M., Drevets, W. C., Whalen, P. J., Eccard, C. H., Dahl, R. E., Ryan, N. D. y Casey, B. J. (2001). Amygdala response to facial expressions in children and adults. *Biological Psychiatry*, 49(4), 309-316 [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(00\)01066](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(00)01066)
- Thomas, M. R., Dyrbye, L. N., Huntington, J. L., Lawson, K. L., Novotny, P. J., Sloan, J. A. y Shanafelt, T. D. (2007). How do distress and well-being relate to medical student empathy? A multicenter study. *Journal of General Internal Medicine*, 22(2), 177-183. <https://doi.org/10.1007/s11606-006-0039-6>

- Tully, E. C., Ames, A. M., Garcia, S. E. y Donohue, M. R. (2016). Quadratic associations between empathy and depression as moderated by emotion dysregulation. *The Journal of Psychology*, 150(1), 15-35. <https://doi.org/10.1080/00223980.2014.992382>
- Tyrer, P. Alexander, J., Remington, M. y Riley, P. (1987). Relationship between neurotic symptoms and neurotic diagnosis: A longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 13, 13-21. [https://doi.org/10.1016/0165-0327\(87\)90069-3](https://doi.org/10.1016/0165-0327(87)90069-3)
- Updegraff, J. A. y Taylor, S. E. (2021). From vulnerability to growth: Positive and negative effects of stressful life events. En J. Harvey y Miller, E. (Eds.) *Loss and Trauma General and Close Relationship Perspectives* (pp. 3-28). Brunner-Routledge
- Uribe, J. M., Pinto, D. M., Vecino-Ortiz, A. I., Gómez-Restrepo, C. y Rondón, M. (2017). Presenteeism, absenteeism, and lost work productivity among depressive patients from five cities of Colombia. *Value in Health Regional Issues*, 14C, 15-19. <https://doi.org/10.1016/j.vhri.2017.03.001>
- Valladares, A., Dilla, T. y Sacristán, A. (2009). La depresión: una hipoteca social. Últimos avances en el conocimiento del coste de la enfermedad. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37, 49-53.
- Van De Vijver, F. y Hambleton, R. K. (1996). Translating tests: Some practical guidelines. *European Psychologist*, 1, 89-99.
- Van de Vijver, F. y Leung, K. (1997). *Cross-Cultural Psychology Series, Vol. 1. Methods and Data Analysis for Cross-Cultural Research*. Sage Publications.
- Van Oort, F. V. A., Greaves-Lord, K., Ormel, J., Verhulst, F. C. y Huizink, A. C. (2011). Risk indicators of anxiety throughout adolescence: The TRAILS study. *Depression and Anxiety*, 28(6), 485-494. <https://doi.org/10.1002/da.20818>
- Vergara, A. I. y Balluerka, N. (2000). Metodología en la investigación transcultural: Perspectivas actuales. *Psicothema*, 12, 557-562.

- Vrijen, C., Wiertsema, M., Ackermans, M. A., van der Ploeg, R. y Kretschmer, T. (2021). Childhood and adolescent bullying perpetration and later substance use: A meta-analysis. *Pediatrics*, *147*(3), e2020034751. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-034751>
- Watson, D., Suls, J. y Haig, J. (2002). Global self-esteem in relation to structural models of personality and affectivity. *Journal of Personality and Social Psychology*, *83*(1), 185.
- West, M., Rose, S., Spreng, S., Sheldon-Keller, A. y Adam, K. (1998). Adolescent attachment questionnaire: A brief assessment of attachment in adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, *27*, 661-673. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1023/A:1022891225542>
- Wilbertz, G., Brakemeier, E. L., Zobel, I., Härter, M., & Schramm, E. (2010). Exploring preoperational features in chronic depression. *Journal of affective disorders*, *124*(3), 262-269. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.11.021>
- Wilhelm, K., Parker, G., Dewhurst-Savellis, J. y Asghari, A. (1999). Psychological predictors of single and recurrent major depressive episodes. *Journal of Affective Disorders*, *54*(1-2), 139-147. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(98\)00170-0](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(98)00170-0)
- Williford, A., Boulton, A., Noland, B., Little, T. D., Kärnä, A. y Salmivalli, C. (2012). Effects of the KiVa anti-bullying program on adolescents' depression, anxiety, and perception of peers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *40*(2), 289-300. <https://doi.org/10.1007/s10802-011-9551-1>
- Willis, M. L., Lawson, D. L., Ridley, N. J., Koval, P. y Rendell, P. G. (2015). The contribution of emotional empathy to approachability judgments assigned to emotional faces is context specific. *Frontiers in Psychology*, *6*, 1-11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01209>
- Wittchen, H. U., Knäuper, B. y Kessler, R. C. (1994). Lifetime risk of depression. *British Journal of Psychiatry*, *165*, 16-22.

- Woo, J. M., Kim, W., Hwang, T. Y., Frick, K. D., Choi, B. H., Seo, Y. J., Kang, E. H., Kim, S. J., Ham, B. J., Lee, J. S. y Park, Y. L. (2011). Impact of depression on work productivity and its improvement after outpatient treatment with antidepressants. *Value in Health*, 14, 475-482. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2010.11.006>
- Wu, L., Zhang, D., Su, Z. y Hu, T. (2015). Peer victimization among children and adolescents: A meta-analytic review of links to emotional maladjustment. *Clinical Pediatrics*, 54(10), 941-955. <https://doi.org/10.1177/0009922814567873>
- Zimmerman, S. L. (1999). *Self-esteem, personal control, optimism, extraversion and subjective well-being of Midwestern University Faculty*. Dissertations. Andrews University. Recuperado de: [https://digitalcommons.andrews.edu/dissertations/1570?utm\\_source=digitalcommons.andrews.edu%2Fdissertations%2F1570&utm\\_medium=PDF&utm\\_campaign=PDFCoverPages](https://digitalcommons.andrews.edu/dissertations/1570?utm_source=digitalcommons.andrews.edu%2Fdissertations%2F1570&utm_medium=PDF&utm_campaign=PDFCoverPages)
- Zisook, S., Lesser, I., Stewart, J., Wisniewski, S., Balasubramani, G. K., Fava, M., ... Rush, A. J. (2007). Effect of Age at Onset on the Course of Major Depressive Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164(10), 1539-1546. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.06101757>
- Zubeidat, I., Fernández Parra, A. y Sierra, J. C. (2006). Ansiedad y fobia social: Revisión de los autoinformes más utilizados en población adulta e infantojuvenil. *Terapia Psicológica*, 24, 71-86.





---

## ANEXOS

### ANEXO 1. CECAD: ELKARRIZKETA KOGNITIBOAREN GIDOIA

**\*\* OHARRA:** Adin txikikoen elkarrizketekin hasi aurretik euren gurasoen baimena eduki behar da, dagokion baimen informatu sinatua edukiz.

**SARRERA (5-10 min):**

**Eskerrak:** Lehendabizi elkarrizketa honetan parte hartzea eskertu nahi dizut.

**Ikerketaren aurkezpena:** Burutzen ari garen lan hau, Euskal Herriko Unibertsitateko Psikologia Fakultateko ikerketa talde baten ikerketa zabalago baten barruan kokatzen da.

**Ikerketaren helburua:** Ikerketa honen helburu orokorra antsietatea eta depresioa neurtzeko CECAD izeneko galdesorta euskal hizkuntza eta kulturara egokitzea da.

**Elkarrizketaren helburua:** Gehienbat galdesortako esaldiak nola ulertu dituzun, nola interpretatu dituzun eta hauek erantzutean zer pentsatu duzun jakin nahi dugu.

**Konfidentzialtasuna eta datu pertsonalen erabilera:** Ematen dituzun erantzun guztiak konfidentzialak izango dira, eta sortuko diren txostenetan emaitzak anonimoak izaten jarraituko dute. Datuetarako sarbidea mugatua izango da, hau da, ikerketa taldeko kideek soilik edukiko dute sarbide hau, eta ikerketa honetako helburuak lortzeko soilik erabiliko dira. Elkarrizketaren audioa grabatu egingo da erantzunen analisia errazteko, baina agian, beharra ikusten badut elkarrizketan zehar oharren bat ere hartuko dut.

**Prozesua:**

Adin txikikoen kasuan: Hasteko galdesorta emango dizut, erantzun dezazun. Ez ahaztu galdesorta erantzuten hasi aurretik argibideak irakurtzea. Prozesuaren zati horretan galdesorta erantzun behar duzu, niri galderarik egin gabe. Galdesortako galdera guztiak erantzun ostean, elkarrizketarekin hasiko gara, eta galdesorta nola erantzun duzun, berau erantzutean zein arazo izan dituzun, zertan pentsatu duzun... galdetuko dizut.

Hemezortzi urtetik gorako kasuan: Elkarrizketarekin hasi aurretik, baimen informatua irakurriko duzu, eta bertan ipintzen duenarekin ados bazaude sinatu egingo duzu. Ondoren galdesorta emango dizut, erantzun dezazun. Ez ahaztu galdesorta erantzuten hasi aurretik argibideak irakurtzea. Prozesuaren zati horretan galdesorta erantzun behar duzu, niri galderarik egin gabe. Galdesortako galdera guztiak erantzun ostean, elkarrizketarekin hasiko gara, eta galdesorta nola erantzun duzun, berau erantzutean zein arazo izan dituzun, zertan pentsatu duzun... galdetuko dizut.

**Galderak:** Guztia ulertu duzu? Zerbait argitu nahi duzu hasi aurretik?

**Hemezortzi urtetik gorako kasuan: BAIMEN INFORMATUA SINATU ETA GALDESORTA BETE (20 min):**

--- Baimen informatua sinatzen da. (Hau egiten ari direnean izan ditzaketen zalantzak argitu egin behar zaizkie).

--- Galdesorta erantzuten dute (Hemen ezin diegu ezer argitu. Zerbait ulertzen ez badute, elkarrizketan galdetzeko markatxo bat egiteko esango diegu).

**ELKARRIZKETA (10-15 min):**

Hemezortzi urtetik gorakoen kasuan, elkarrizketarekin hasi aurretik elkarrizketatuak baimen informatua behar bezala bete duen aztertuko dugu.

Edozein kasutan, baimena daukagunean elkarrizketarekin eta audioaren grabaketarekin hasiko garela esango diogu. Grabaketarekin hastean elkarrizketaren kodigoa aipatu behar dugu “xxx kodigoa duen elkarrizketa kognitiboarekin hasiko gara” edo antzeko esaldi batekin.

**Ulermen arazoen antzematea (argibideak, itemak, erantzun eskala).**

Argibideak erraz ulertu dituzu?

Erantzun eskala egokia iruditzen zaizu?

Esaldiren bat ulertzeko arazorik izan duzu? Ulertu ez duzun hitz edo kontzepturik ikusi duzu?

**Galdesortan agertzen diren kontzeptu garrantzitsu batzuei buruz duten ulermen maila eta beraiek eman dioten zentzua aztertzeko galderak.**

**Oharra: Argitaletxearekin sinatutako konfidentzialtasun akordioa dela eta, gidoi honetan ez ditugu itemak idatziko.**

Jarraian galdesortan agertzen diren kontzeptu edo esaldi batzuk aipatuko dizkizut, eta hauek irakurtzean burura zer etorri zaizun jakin nahiko nuke.

Esaterako, zer ulertu duzu 20. esaldia irakurtzean? [irakurri 20. itema]. Zer da inurritzearen sentrazioa zure ustez?

2. eta 15. esaldietan “Lehen baino okerrago egiten dut lo” eta “Orain lehen baino jateko gogo gutxiago daukat” *lehen* hitza aipatzen da. Esaldi horiek erantzuterakoan duela zenbat denboran pentsatu duzu?

6. esaldian [irakurri 6. itema] “askotan” aipatzen da. Zenbat da askotan zure ustez?

10. esaldian [irakurri 10. itema] “asko kostatzea” aipatzen da. Zenbat da asko kostatzea zure ustez?

Eta 21. esaldia irakurtzean [irakurri 21. itema] “gauzaeza” aipatzen da. Zer da gauzaeza, nola definituko zenuke?

23. esaldian [irakurri 23. itema] “Ikusmena lausotzen zait” esamoldea aipatzen dugu. Zer da zure ustez ikusmena lausotzea?

26. esaldian [irakurri 26. itema] “Okerrera pentsatzea” aipatzen da. Zer da okerrera pentsatzea? Adibide bat jar dezakezu?

36. esaldian [irakurri 36. itema] gerta dakizukeen zein gauzetan pentsatu duzu?

49. esaldian [irakurri 49. itema] “Hutsa sentitu” esamoldea erabili dugu. Nola sentituko nintzateke hutsa sentituko banintz? Zer litzateke, sentsazio positiboa ala negatiboa?

Elkarrizketa amaitzeko elkarrizketatuari bere parte-hartzea eta egindako ekarpenak eskertuko dizkiogu.

---

## **ANEXO 2. CECAD: GUION DE LA ENTREVISTA COGNITIVA (TRADUCIDO AL CASTELLANO)**

**\*\* NOTA:** Antes de empezar con las entrevistas a participantes menores de edad se necesita el consentimiento informado firmado de sus padres.

### **INTRODUCCIÓN (5-10 min):**

**Agradecimientos:** En primer lugar, te quiero agradecer el haber aceptado participar en esta entrevista.

**Presentación de la investigación:** El trabajo que estamos realizando se enmarca dentro de un estudio más amplio que estamos desarrollando desde un grupo de investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad del País Vasco.

**Objetivo de la investigación:** El objetivo general de esta investigación es adaptar el instrumento denominado CECAD que mide la ansiedad y la depresión a la cultura y lengua vasca.

**El objetivo de la entrevista:** Sobre todo queremos saber cómo has entendido, e interpretado las frases del cuestionario y qué has pensado al responder a las mismas.

**Confidencialidad y uso de datos personales:** Todas las respuestas que nos proporcionen serán completamente confidenciales, y los resultados seguirán siendo anónimos en los informes que se elaborarán a partir de estos datos. El acceso a los datos estará limitado, es decir, solo las personas que forman parte del grupo de investigación podrán acceder a los datos, y los mismos solo se utilizarán para los objetivos de este estudio. Grabaremos el audio de la entrevista para facilitar el análisis de las respuestas, pero si es posible que a lo largo de la entrevista también tome alguna nota si lo considero necesario.

**Procedimiento:**

En el caso de los participantes menores de edad: Para empezar, te daré el cuestionario para que lo puedas cumplimentar. No olvides leer las instrucciones antes de empezar a responder. En esa fase del proceso tienes que cumplimentar el cuestionario sin hacerme preguntas. Después de haber respondido a todas las preguntas del cuestionario empezaremos con la entrevista, y te preguntaré sobre cómo has respondido al cuestionario, qué problemas has tenido, en qué has pensado...

En el caso de los participantes mayores de edad: Antes de empezar con la entrevista, leerás el consentimiento informado, y si estás de acuerdo con lo que se indica en él lo firmarás. Después te daré el cuestionario para que lo puedas cumplimentar. No olvides leer las instrucciones antes de empezar a responder. En esa fase del proceso tienes que cumplimentar el cuestionario sin hacerme preguntas. Después de haber respondido a todas las preguntas del cuestionario empezaremos con la entrevista, y te preguntaré sobre cómo has respondido al cuestionario, qué problemas has tenido, en qué has pensado...

**Preguntas:** ¿Has entendido todo? ¿Necesitas alguna aclaración adicional antes de empezar?

**Mayores de edad: CUMPLIMENTAR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO Y EL CUESTIONARIO (20 min):**

--- Se firma el consentimiento informado. (Hay que aclarar las dudas que puedan tener en relación al consentimiento).

--- Cumplimentan el cuestionario (En esta fase no se aclaran las dudas. Si hay algo que no entienden o necesita más explicación les diremos que lo marquen para preguntarlo después en la fase de entrevista).

**ENTREVISTA (10-15 min):**

En el caso de los mayores de edad, antes de empezar con la entrevista comprobaremos que el consentimiento informado está debidamente cumplimentado.

En cualquier caso, una vez que hayamos confirmado que tenemos el permiso, le indicaremos que empezaremos con la entrevista y con la grabación del audio. Al empezar con la grabación tenemos que decir en voz alta el código de la persona participante con una frase del tipo “Comenzaremos con la entrevista cognitiva de la persona con el código xxx”.

**Detección de los problemas de comprensión (instrucciones, ítems, escala de respuesta).**

¿Has entendido con facilidad las instrucciones?

¿Te parece adecuada la escala de respuesta?

¿Has tenido alguna dificultad a la hora de comprender alguna frase? ¿Has visto algún concepto o alguna palabra que no hayas entendido?

**Preguntas para analizar el nivel de comprensión y el sentido en el que se han interpretado algunos de los conceptos importantes del cuestionario.**

**Nota: Debido al acuerdo de confidencialidad suscrito con la editorial no se han podido redactar los ítems en el guion.**

A continuación, te voy a mencionar algunos de los conceptos o frases que aparecen en el cuestionario, y quisiera saber en qué has pensado al leer estas frases.

Por ejemplo, ¿qué has entendido al leer la frase número 20? [Leer el ítem 20]

En las frases que aparecen en el número 2 y 15 [leer los ítems 2 y 15] se utilizan las expresiones “mejor que antes” y “peor que antes”. Al responder a esas frases ¿qué periodo temporal has tenido en mente?

En la frase número 6 [leer el ítem 6] se menciona la expresión “muchas veces”. ¿Cuánto es muchas veces para ti?

En la frase número 10 [leer el ítem 10] se menciona la expresión “me cuesta mucho”. ¿Cuánto es mucho en ese contexto para ti?

Y, al leer la frase número 21 [leer el ítem 21], ¿qué entiendes por “inútil”? ¿cómo lo definirías?

En la frase número 23 [leer el ítem 23] mencionamos la expresión “nublar la vista”, ¿qué entiendes por esa expresión? ¿a qué crees que se refiere?

En la frase número 26 [leer el ítem 26] se menciona la expresión “pensar lo peor”. ¿Qué crees que quiere decir? ¿Me puedes poner un ejemplo?

En la frase número 36 [leer el ítem 26] se menciona la expresión “cosas que me puedan ocurrir”. ¿Me puedes decir algunas de las cosas que has pensado que te pueden pasar?

En la frase número 49 [leer ítem 49] mencionamos la expresión “sentirse vacío”, ¿cómo me sentiría yo si me sintiera vacía? ¿En tu opinión, sería una sensación positiva o negativa?

Para terminar la entrevista agradeceremos al entrevistado o a la entrevistada su participación y las aportaciones realizadas.

