



Asociación de Psicología de Puerto Rico

PO Box 363435 San Juan, Puerto Rico 00936-3435

Tel. 787.751.7100 Fax 787.758.6467

www.asppr.net E-mail: info@asppr.net

Revista Puertorriqueña de Psicología
Volumen 13, 2002

*Sintomatología Depresiva, Actitudes
Disfuncionales, Perfeccionismo y Auto-Concepto
en un Grupo de Adolescentes Puertorriqueños/as*

*Jeannette Rosselló, y
Marielisa Maysonet
Universidad de Puerto Rico
Recinto de Río Piedras*

Abstract

Depression is a serious mental disorder among Puerto Rican children and adolescents. Scientific literature have identified irrational beliefs, negative self-concept and perfectionism as variables significantly associated with depression. The aim of this study was to understand depression and cognitions related among Puerto Rican adolescents. A community sample of 309 adolescents between 14 and 18 years was evaluated. Measures to rate depressive symptomatology, self-concept, irrational beliefs and perfectionism were administrated. Statistical analysis revealed a significative relationship between depressive symptomatology and dysfunctional attitudes ($r = .469$;

La depresión constituye uno de los problemas de salud mental más serios y frecuente entre los/as niños/as y adolescentes puertorriqueños/as (Rosselló, 1993; Rosselló, Guisasaola, Ralat, Martínez & Nieves, 1992). Canino, Bird, Shrout, Rubio-Stipec, Bravo, Martínez, Sesman y Guevara (1987) estiman en un 5.9% la prevalencia de episodios de distimia y depresión mayor en esta población. Por lo tanto, es importante poder entender mejor esta condición en jóvenes puertorriqueños/as. Uno de los modelos que ha recibido mayor validación empírica es el cognitivo-conductual.

De acuerdo a esta perspectiva, algunas variables asociadas a la depresión son las evaluaciones negativas de eventos y de sí mismo/a (bajo auto-concepto), los pensamientos irracionales o disfuncionales, y las exigencias perfeccionistas.

Beck (1976) desarrolló uno de los primeros modelos cognitivos en torno a la depresión. De acuerdo a Beck, tanto la visión de sí mismo como la visión del mundo de un individuo es un determinante

importante de la conducta de éste. La tríada cognitiva se refiere a la visión negativa que tienen los individuos deprimidos en relación a sí mismos, al mundo y al futuro. Esto los lleva a cometer errores en el proceso de pensamiento, por lo que el producto de éste es un pensamiento irracional y distorsionado. Además, estos errores de pensamiento llevan a los individuos a activar esquemas cognitivos de experiencias negativas pasadas que gobiernan el modo en que éstos perciben e interpretan los acontecimientos que le ocurren en el presente (Graham, 1998).

Las personas deprimidas tienden a visualizar sus cogniciones como representaciones verídicas de la realidad, por lo que las creen sin cuestionar su validez. De esta forma, estas creencias se transforman en reguladores internos que tienden a ser negativos, por lo que las personas deprimidas se visualizan a sí mismas de modo deficiente. Además, tienden a pensar que el mundo es muy exigente con ellos/as (Erickson, 1992). Este tipo de pensamiento es completamente disfuncional, puesto que no se basa en la realidad, sino en una atribución personal sobre la realidad.

Seligman (1975) postuló otro de los modelos cognitivos relacionados a la depresión.

Este modelo hace énfasis en la inhabilidad para evadir situaciones adversas y el sentido de desamparo que surge de las mismas. Según Seligman, la depresión se desarrolla cuando una persona percibe la ocurrencia de un evento como adverso e incontrolable aunque emita una respuesta ante éste. A consecuencia de esta percepción se evidencia lo que el autor denominó como desvalidez aprendida, que desencadena en depresión.

Ellis (1962, 1993) desarrolló otra teoría cognitiva donde expone que las personas que experimentan eventos indeseados activan toda una serie de pensamientos y conclusiones irracionales. En su teoría ABC, la A representa el evento activador, la B, las creencias o pensamientos, y la C, las consecuencias. Las personas deprimidas construyen patrones de pensamientos irracionales acerca de los eventos que experimentan, lo que las lleva a actuar de acuerdo a los mismos. Si se cambian las creencias, cambian las consecuencias.

El proceso cognitivo se refiere a cómo se percibe el mundo circundante, se organiza la información, se forman asociaciones, se construyen representaciones de éste y se recuerdan. Sintomatología depresiva 5 (Segal & Dobson, 1992). En este sentido, la cognición

sería el pensamiento final que resulta de este proceso (Kendall, 1993). En los/as adolescentes con sintomatología depresiva existe una tendencia a deconstruir o a procesar de forma negativa la información relacionada con ellos/as, su ambiente y su futuro (Reynolds & Johnston, 1994); lo que se refleja en las evaluaciones negativas en relación a los eventos y a sí mismo/a (bajo auto-concepto), los pensamientos irracionales o disfuncionales y las exigencias excesivas (perfeccionismo) que caracterizan este tipo de pensamiento.

De acuerdo a Brewin y Andrews (1992), las personas vulnerables a la depresión poseen una representación negativa acerca de sí mismos/as, la que se basa en experiencias del pasado que han tenido resultados adversos. Esto sugiere que los acontecimientos ocurridos durante la niñez y la adolescencia temprana de los individuos ejercen una influencia poderosa en el modo en que éstos perciben las experiencias por las que atraviesan y a sí mismos/as. Las personas con sintomatología depresiva interpretan los acontecimientos de forma negativa y experimentan fracasos al enfrentarse a las demandas del mundo, que son consideradas por ellos/as como excesivas. Además, utilizan esquemas distorsionados para estructurar la manera en que responden a los eventos que les ocurren (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979). Según Shaffi y Shaffi (1992), los/as adolescentes con sintomatología depresiva sienten que se han fallado a ellos/as mismos/as y a los/as demás. Esta auto-evaluación negativa es considerada como un factor central en el desarrollo y mantenimiento de la depresión (Reynolds & Johnston, 1994). De acuerdo al modelo cognitivo de Beck (1967, 1976) las personas deprimidas experimentan baja autoestima, traducándose en autocríticas, subestimación de Sintomatología depresiva 6 habilidades personales, autoevaluaciones negativas, y sentimientos de inadecuación, imperfección e inutilidad (Reynolds & Johnston, 1994; Zupan, Hammer, & Jaenicke, 1987). En un estudio realizado por McCauley, Mitchell, Burke y Moss (1988) se encontró que los/as niños/as deprimidos/as mostraban baja autoestima y sentimientos de desamparo. De modo que es importante y necesario el prestar atención a la forma en que los/as adolescentes se expresan en relación a sí mismos/as ya que, de acuerdo a Lewinsohn, Seeley y Gotlib (1997) la autoestima es uno de los pocos factores que son específicos a los desórdenes depresivos y, más aún, constituye una manifestación del tipo de cogniciones presentes en éstos.

Los pensamientos irracionales o disfuncionales se originan cuando el/la adolescente estructura e interpreta, de forma inadecuada, sus experiencias; de este modo, las distorsiona, de forma que éstas se ajusten a su sistema de creencias ilógico e irreal (Zarb, 1992). De acuerdo a Beck (1976), la persona deprimida no ejerce control sobre estos pensamientos, por lo que experimenta un estado de ánimo desagradable. En un estudio realizado por Garber, Weiss y Stanley (1993) se encontró que niveles altos de sintomatología depresiva estaban relacionados a una mayor cantidad de pensamientos disfuncionales en los/as adolescentes.

Saddler y Sacks (1993) señalan que los estándares perfeccionistas pertenecen al proceso de distorsión del pensamiento en personas con sintomatología depresiva. Esto implica que, si los/as adolescentes con sintomatología depresiva experimentan distorsiones cognitivas, éstas provocan el surgimiento de exigencias excesivas en torno a sí mismos/as. Estas exigencias se relacionan con la estructura de valores y las metas de los/as adolescentes las que, en muchas ocasiones, están determinadas por sus padres. Hollender (1978) afirma que el perfeccionismo es aprendido desde la infancia, sugiriendo que los padres comienzan a exigir altos estándares de vida a sus hijos/as desde que éstos/as son pequeños. También implica que un/a niño/a entienda que para ser aceptado/a y amado/a por sus padres, debe llenar las expectativas y requerimientos de éstos.

Al respecto, Barrow y Moore (1983) señalan que la crítica excesiva por parte de padres demandantes conduce al desarrollo del pensamiento perfeccionista. Luego de que el/la niño/a desarrolla este tipo de pensamiento, lo mantiene durante la adolescencia, pues teme defraudar a sus padres. Como consecuencia, y de acuerdo a Blatt (1995), los/as adolescentes perfeccionistas experimentan depresión, la que se caracteriza por autocríticas, sentimientos de culpa, fracaso, inutilidad y vergüenza.

Erickson (1992) señala que entre un dos y un siete por ciento de jóvenes presenta sintomatología depresiva, y que este porcentaje aumenta durante el período de la adolescencia. En los/as niños/as no se han encontrado diferencias de género significativas, pero al éstos/as llegar a la pubertad, más féminas que varones comienzan a reportar síntomas de depresión (Erickson, 1992). De acuerdo a varios investigadores (Flemming & Offord 1990; Kessler et al., 1994a; y Lewinsohn et al., 1994) la sintomatología depresiva en adolescentes

se presenta en una proporción de dos a uno, lo que es consistente con la proporción reportada en los adultos. Según Nolen-Hoeksema (1987) estas diferencias de género que se presentan entre los/as adolescentes deprimidos/as se derivan de cómo se les enseña, tanto a varones como a féminas, a responder a un estado depresivo. Nieves, Rosselló y Guisasaola (1992) exploraron diferencias en edad y género entre niños/as y adolescentes puertorriqueños/as deprimidos/as. Aunque este estudio no encontró diferencias por género en el total de sintomatología depresiva, sí reportó diferentes patrones de síntomas. Los hallazgos revelan que las féminas informaron que se sentían solas y lloraban; mientras que los varones informaron el involucrarse en peleas de modo frecuente. Otros estudios, como el de Allgood-Merten y colaboradores (1990), señalan que durante la adolescencia las féminas no sólo presentan mayor sintomatología depresiva, sino también una auto-estima baja y una imagen corporal negativa. Por el contrario, se ha encontrado que los varones que presentan sintomatología depresiva durante la adolescencia tienden a manifestar niveles altos de perfeccionismo, en términos de sus estándares y expectativas de vida (Portell, 1999).

Con el propósito de entender mejor la depresión en jóvenes puertorriqueños/as, dentro de un marco cognitivo, se diseñó el presente estudio. Este estudio pretende generar más conocimiento sobre cogniciones y la depresión juvenil en el contexto puertorriqueño. Se propone contribuir con datos que permitan entender las cogniciones particulares relacionadas con síntomas depresivos en esta población. También los hallazgos de este estudio pueden proveer evidencia para la verificación de la teoría cognitiva de la depresión en adolescentes. Permitirá además, ayudar en la identificación temprana y en el desarrollo más preciso de intervenciones preventivas y terapéuticas para jóvenes en riesgo.

Método

Participantes

Se seleccionaron y evaluaron por disponibilidad 309 adolescentes de una escuela superior privada del área metropolitana. La muestra estaba compuesta por 191 féminas (61.8%) y 118 varones (38.2%). La edad de los/as participantes fluctuó entre los 14 y los 18 años, con una edad promedio de 15.85 (D.T. = .96).

Instrumentos

El Inventario de Depresión para Niños/as (CDI) (Kovacs, 1983) es un inventario de autoinforme que va dirigido a explorar la presencia de sintomatología depresiva tanto en niños/as como en adolescentes (Rosselló, 1993; Sáez & Rosselló, 1997). Consiste de 27 reactivos que cuantifican varios síntomas depresivos, entre los que se incluyen trastornos en el estado de ánimo, funciones vegetativas, evaluaciones propias, capacidad para divertirse y comportamiento interpersonal (Rosselló, Guisasola, Ralat, Martínez & Nieves, 1991; Rosselló, 1993). Las puntuaciones totales fluctúan entre 0 y 54; a mayor puntuación, mayor presencia de sintomatología depresiva. Una puntuación mayor de 20 se interpreta como una sintomatología depresiva severa; una puntuación entre 12 y 19 como una sintomatología depresiva moderada; y una puntuación menor de 11 como ausencia de sintomatología depresiva (Rosselló, Guisasola, Ralat, Martínez & Nieves, 1991; Rosselló, 1993; Sáez & Rosselló, 1997). De acuerdo a Kovacs (1985) este inventario posee un coeficiente de confiabilidad de .86. En 1992, Kovacs revisó y resumió los estudios que habían sido realizados con el CDI y reportó coeficientes de consistencia interna que variaban entre .71 y .89. La confiabilidad prueba-reprueba fluctuaba entre .41 y .87, con la que reflejaba niveles aceptables de estabilidad temporal.

Kovacs señala que el CDI ha demostrado validez adecuada al compararlo con otros instrumentos. El CDI fue traducido al español y adaptado a la cultura puertorriqueña (Rosselló, Guisasola, Ralat, Martínez & Nieves, 1991), de modo que fuera adecuado para evaluar la presencia de sintomatología depresiva en niños/as y adolescentes puertorriqueños/as. Se obtuvo un coeficiente alfa de .83 y un índice de validez de .95 (Rosselló, Guisasola, Ralat, Martínez & Nieves, 1991; Rosselló, 1993). La consistencia prueba-reprueba en un intervalo de cuatro meses fue de .63, con lo que se demostró su estabilidad temporal. Rivera, Rosselló y Bernal (1999) establecieron el 20 como punto de corte que más se relacionaba con el diagnóstico de depresión mayor en adolescentes puertorriqueños/as. Para el presente estudio, se obtuvo un índice de confiabilidad de .81.

La Escala de Auto-Concepto de Piers-Harris (PHCSCS) (Piers, 1972) es una escala de autoinforme que consiste de 80 reactivos que deben ser contestados con un sí o un no.

Los reactivos van dirigidos a evaluar el auto-concepto de los

niños/as y adolescentes en relación a seis factores: comportamiento, apariencia física, aspectos intelectuales- académicos, ansiedad, popularidad, felicidad y satisfacción (Rosselló, Guisasola, Ralat, Martínez & Nieves, 1991; Rosselló, 1993). A mayor puntuación total, mayor el autoconcepto positivo del/a niño/a o adolescente (Piers, 1972). Este instrumento fue adaptado y traducido al español (Rosselló, Guisasola, Ralat, Martínez & Nieves, 1991; Rosselló, 1993). Ramos (1984) estableció una consistencia interna de .94 con una muestra de jóvenes puertorriqueños/as. En el estudio actual el PHCSCS reveló un índice de confiabilidad de .88.

La Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) (Weissman & Beck, 1978) es una escala de auto-informe derivada del modelo cognitivo de Beck (1976) para medir la presencia de las actitudes y los pensamientos irracionales que predisponen a un individuo a la depresión (De Jesús & Rosselló, 1998). Consiste de 40 reactivos que son evaluados utilizando una escala entre uno y siete. Las puntuaciones totales fluctúan entre 40 y 280. A mayor puntuación, mayor cantidad de pensamientos maladaptativos. Posee una confiabilidad y consistencia interna que fluctúa entre .79 y .93, por lo que resulta muy adecuado para discriminar eficientemente entre sujetos deprimidos y no deprimidos (Garber, Weiss, & Stanley, 1992). Sanz y Vázquez (1993) realizaron la adaptación y traducción al español; y encontraron que este instrumento resulta muy útil para distinguir entre sujetos deprimidos, cuyas puntuaciones fluctúan entre 120 y 200; y en Puerto Rico, Bonilla, Bernal, Portell, Arce y Santos (1995) realizaron otra traducción y adaptación, obteniendo una confiabilidad interna de .85. En el presente estudio, se obtuvo para el DAS un índice de confiabilidad de .80.

La Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Frost (FMPS) (Frost, Martin, Lahart & Rosenblatt, 1990) es un instrumento de autoinforme dirigido a la evaluación de dimensiones de perfeccionismo, preocupación excesiva por incurrir en errores, crítica de los padres, expectativas de los padres, organización y duda acerca de las acciones.

Esta escala posee 35 reactivos, cuya puntuación mínima es de 35 y la máxima de 175.

La confiabilidad interna reportada para cada una de las subescalas es la siguiente:

medida general de perfeccionismo (.90), preocupación excesiva por incurrir en errores (.88), crítica de los padres (.84), expectativas de los padres (.84), organización (.93), y duda acerca de las acciones (.77). De acuerdo a Frost y colaboradores (1990) la validez del instrumento se ha establecido con otras medidas de perfeccionismo como la Escala de Perfeccionismo de Burns (1980), la Escala de Perfeccionismo del Eating Disorders Inventory (EDI) (Garner et al., 1983) y la Escala de Auto-Evaluación de Creencias Irracionales (Jones, 1968) (Portell, 1999). En Puerto Rico, la adaptación y traducción del instrumento fue realizada por De Jesús y Rosselló (1998), obteniendo un índice de confiabilidad aceptable. Para el presente estudio se obtuvo un índice de confiabilidad de .85.

Procedimiento

Luego de obtener tanto el consentimiento de las autoridades escolares como el de los/as estudiantes y sus padres, se procedió a administrar una Hoja de Datos Demográficos y los instrumentos a la muestra de adolescentes seleccionada. Se realizó una administración grupal que tomó aproximadamente una hora.

Diseño

Se utilizó un diseño de corte seccional para auscultar la relación entre sintomatología depresiva y las variables de auto-concepto, pensamientos irracionales o disfuncionales y exigencias perfeccionistas.

Análisis de los Datos

Se realizaron pruebas t de comparación por grupos para establecer si existen diferencias significativas entre adolescentes sin y con sintomatología depresiva. Se realizaron correlaciones entre depresión y bajo auto-concepto, pensamientos irracionales y exigencias perfeccionistas. A la luz de hallazgos previos, se esperaba encontrar una relación positiva y significativa entre sintomatología depresiva y bajo auto-concepto actitudes disfuncionales y perfeccionismo. También se exploraron diferencias por género para

las variables de bajo auto-concepto, actitudes disfuncionales y perfeccionismo.

Resultados

Se encontró que 35.9% de los/as adolescentes no presentaban sintomatología depresiva; 47.6% de ellos/as presentaban sintomatología depresiva leve; y 16.5% de ellos/as presentaban sintomatología depresiva severa.

Tabla 1
Presencia de Sintomatología Depresiva en un Grupo de Adolescentes Puertorriqueños

| Sintomatología Depresiva | n | Por ciento (%) |
|--------------------------|-----|----------------|
| Ausencia (0-11) | 111 | 35.9% |
| Leve (12-18) | 147 | 47.6% |
| Severa (más de 19) | 51 | 16.5% |

Tabla 2
Presencia de Sintomatología Depresiva por Género en un Grupo de Adolescentes Puertorriqueños

| Género | n | Promedio | SD |
|-----------|-----|----------|------|
| Masculino | 118 | 13.86 | 5.46 |
| Femenino | 191 | 14.51 | 6.07 |

Se halló una relación significativa entre sintomatología depresiva y las variables de auto-concepto ($r = -.785, p < .01$); actitudes disfuncionales ($r = .469, p < .01$); y perfeccionismo ($r = .439, p < .01$).

Los análisis revelan que un 31% de los/as adolescentes sin sintomatología depresiva poseían un bajo auto-concepto; mientras que un 69% de aquéllos/as que presentaban sintomatología depresiva presentaban un bajo auto-concepto. También se encontró que 32%

de los/as adolescentes sin sintomatología depresiva presentaban actitudes disfuncionales; mientras que un 68% de aquéllos/as que sí presentaban sintomatología depresiva presentaban actitudes disfuncionales. En relación al perfeccionismo, se halló que un 32% de los/as adolescentes que no presentaban sintomatología depresiva manifestaban exigencias excesivas; mientras que un 68% de aquéllos/as que presentaban sintomatología depresiva presentaban exigencias excesivas. No se hallaron diferencias significativas por género en relación a las variables estudiadas.

La prueba de comparación por grupos reveló que los/as adolescentes con sintomatología depresiva puntuaron significativamente más bajo en auto-concepto, y más alto actitudes disfuncionales y perfeccionismo que aquéllos/as sin sintomatología disfuncionales y oerfeccionismo que aquéllo/as sin sintomatología depresiva

Tabla 3

Promedios y Desviaciones Típicas en las Puntuaciones para Auto-Concepto, Actitudes Disfuncionales y Perfeccionismo para los/as Adolescentes sin y con Sintomatología Depresiva

| Variables | Promedio | Desviación Típica | t |
|---------------------------------|----------|-------------------|---------|
| Auto-Concepto | | | |
| ausencia de síntomas | 65.73 | 6.04 | -14.84* |
| presencia de síntomas | 43.39 | 9.74 | |
| Actitudes Disfuncionales | | | |
| ausencia de síntomas | 106.26 | 22.32 | -7.34* |
| Presencia de síntomas | 142.75 | 31.96 | |
| Perfeccionismo | | | |
| ausencia de síntomas | 90.48 | 19.58 | -7.03* |
| presencia de síntomas | 119.35 | 26.10 | |

*p<.001

El análisis de regresión múltiple reveló que la variable que más contribuye a la varianza en sintomatología depresiva es el auto-concepto ($b = -.736$; $r = .62$; $p < .01$).

Tabla 4

Resumen del Análisis de Regresión para las Variables Predictoras de Sintomatología Depresiva (n=309)

| Variables | <u>B</u> | <u>SE B</u> | Beta estandarizada |
|----------------|-----------|-------------|--------------------|
| Auto-Concepto | -.410 | .024 | -.736* |
| Actitudes | | | |
| Disfuncionales | 5.763E-03 | .010 | .029* |
| Perfeccionismo | 1.670E-02 | .012 | .070 |

* $r = .62$; $p < .01$

Discusión

Los hallazgos de este estudio revelan una relación estrecha entre sintomatología depresiva, auto-estima, perfeccionismo y pensamientos disfuncionales. Según la teoría cognitiva conductual (Beck, 1967), la depresión se sostiene en la tríada compuesta por visión negativa de sí mismo/a, del mundo y del futuro. Esta teoría se confirma en el pobre auto-concepto o las atribuciones negativas evidenciada en los/as participantes de este estudio. La visión negativa del yo se basa en percepciones de inadecuación y falta de valía. Los/as jóvenes con sintomatología depresiva parecen evaluarse como defectuosos/as y atribuirse la culpa por frustraciones o fracasos que pueden ser reales o imaginarios. Al establecer que estos/as jóvenes asumen unas expectativas de perfección, no tienen otra alternativa que sentirse decepcionados/as pues es imposible realizarlas, o sea, es imposible ser perfecto/a. Algunos teóricos (Kovacs & Beck, 1977) indican que a través de la exageración y la generalización se torna mayor la distorsión cognitiva. Los/as jóvenes entonces pueden continuar distorsionando sus experiencias para que coincidan con sus conclusiones negativas. Se mantiene los sentimientos depresivos al incurrir en otros manejos cognitivos como el pensamiento todo o nada, minimizar lo positivo, la abstracción selectiva o llegar a conclusiones basadas en un detalle. Esto se evidencia en la alta

relación hallada entre sintomatología depresiva y las actitudes o pensamientos disfuncionales presente en los/as adolescentes con sintomatología depresiva.

Clarke y Lewinsohn (1986), dentro de un marco cognitivo, desarrollaron un curso para prevenir la depresión en adolescentes. El postulado básico es que si el/la adolescente aprendió a deprimirse puede desaprender ésto. Entre los métodos que recomiendan para prevenir pensamientos negativos o disfuncionales mencionan la programación de tiempo para preocuparse, la interrupción de pensamientos y la sustitución con cogniciones positivas. Estas técnicas pueden ser de utilidad para jóvenes puertorriqueños/as en quienes se identifiquen estos pensamientos disfuncionales.

En una revisión sobre la efectividad de las terapias con niños/as y adolescentes, se encontró que aquellas terapias basadas en aprendizaje social, cogniciones y sistémicas probaron ser más eficaces (Martínez-Taboas & Francia Martínez, 1992). A nivel de psicoterapia se realizó un estudio en Puerto Rico donde se establece la eficacia de terapias cognitivas conductuales con adolescentes (Rosselló & Bernal, 1999). El presente estudio provee evidencia de que hay aspectos cognitivos (auto-evaluación, actitudes y expectativas) relacionados a la sintomatología depresiva. Estos pueden identificarse y resolverse saludablemente si son atendidos en terapia. La literatura ha señalado que intervenciones tempranas evitan el fenómeno observado de que la depresión sea recurrente.

Limitaciones y Recomendaciones

En primer lugar, este estudio se concentró en unas variables particulares que responden a constructos teóricos del modelo cognitivo-conductual. No se exploraron constructos de otros marcos teóricos.

En segundo lugar, los estudios como el presente, no pueden contestar preguntas de causalidad. Si pueden evidenciar unas relaciones temporales. Sin embargo, no queda claro aún si la depresión causa las cogniciones negativas o vice versa. Tampoco puede determinarse si una auto-estima baja causa depresión o es a la inversa. Por el momento se tendría que suscribir un modelo circular donde sentimientos, pensamientos y conducta se influyen simultáneamente en ambas direcciones. Estudios longitudinales o estudios de casos serían recomendables para esclarecer estas interrogantes.

Conclusiones

Los hallazgos de esta investigación revelan la existencia de una relación significativa entre sintomatología depresiva y bajo auto-concepto, actitudes disfuncionales y perfeccionismo, lo que tiende a apoyar la teoría cognitiva conductual (Beck, 1976; Ellis, 1962; Reynolds & Johnston, 1994; Shaffi & Shafii, 1992; y Lewinsohn, Seeley & Gotlib, 1997) y coincide con los hallazgos de un estudio realizado por Garber, Weiss y Stanley (1992). No se evidenciaron diferencias significativas por género en relación a las variables estudiadas, confirmando hallazgos anteriores de investigaciones en Puerto Rico (Nieves, Rosselló & Guisasaola, 1992). Se encontró que los/as adolescentes con síntomas depresivos muestran un auto-concepto más bajo, mayores actitudes disfuncionales y más perfeccionismo. Esto implica que en la prevención y psicoterapia para jóvenes con depresión es necesario brindar particular atención a aumentar la auto-estima y seguridad propia, a desarrollar actitudes y cogniciones más positivas, y a disminuir tendencias perfeccionistas. El auto-concepto es la variable que más contribuye a la varianza en sintomatología depresiva. Esto hace sentido pues el auto-concepto recoge las atribuciones que hace la persona sobre sí misma. Estas atribuciones representan un filtro negativo a través del cual se evalúan, además, los eventos, las ejecutorias, las relaciones interpersonales y el entorno físico-social. Los resultados de este estudio sustentan la importancia de las cogniciones cuando se intenta intervenir preventiva y terapéuticamente con adolescentes puertorriqueños/as con sintomatología depresiva. Se recomiendan futuras investigaciones que exploren no sólo las cogniciones disfuncionales, sino también las cogniciones deficientes y el patrón de refuerzos asociados a esta condición.

Referencias

- Allgood Merten, B., Lewinsohn, P.M., & Hops, H. (1990). Sex differences in adolescent depression. *Journal of Abnormal Psychology, 99*, 55 – 63.
- Barrow, J.C., & Moore, C.A. (1983). Group interventions with perfectionistic thinking. *Personnel and Guidance Journal, 61*, 612 – 615.

- Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Blatt, S. (1995). The destructiveness of perfectionism: Implications for the treatment of depression. *American Psychologist, 50*, 1003 – 1050.
- Bonilla, J., Bernal, G., Portell, Y., Arce, V., & Santos, A. (1995). *La evaluación de procesos cognoscitivos asociados a la depresión: La Escala de Actitudes Disfuncionales*. Ponencia presentada ante el XXV Congreso Interamericano de Psicología, San Juan, Puerto Rico, 9 – 14 de julio.
- Brewin, C.R., & Andrews, B. (1992). The role of context and autobiography in cognitive assessment. *Psychological Inquiry, 3* (3), 229 – 230.
- Canino, G., Bird, H.R., Shrout, P.E., Rubio-Stipec, M. Bravo, M., Martínez, R., Sesman, M., & Guevara, L.M. (1987). The Prevalence of Specific Psychiatric Disorders in Puerto Rico. *Archives of General Psychiatry, 44*, 727 – 735.
- Clark, G., & Lewinsohn, P.M. (1986). *The coping with depression course: Adolescent version*. Oregon: University of Oregon.
- De Jesús, J.C., & Rosselló, J. (1998). *Depresión, perfeccionismo y pensamientos disfuncionales en adolescentes puertorriqueños/as*. Ponencia presentada en la Cuadragesima Quinta Convención de la Asociación de Psicólogos de Puerto Rico, Hotel Ponce Hilton, Ponce, Puerto Rico.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart and Citadel Press.
- Ellis, A. (1993). Reflections on rational-emotive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61* (2), 199 – 201.
- Erickson, M.T. (1992). *Behavior disorders of children and adolescents: Assessment, etiology and intervention*. New Jersey: Prentice Hall.
- Flemming, J.E., & Offord, D.R. (1990). Epidemiology of childhood depressive disorders: a critical review. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 29*, 571 – 580.
- Frost, R., Martin, P., Lahart, C., & Rosenblatt, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research, 14*, 449 – 468.
- Garber, J., Weiss, B., & Stanley, N. (1992). Cognitions, depressive symptoms and development in adolescents. *Journal of Abnormal Psychology, 102*, 47 – 57.
- Garner, D.M., Olmstead, M.P., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders, 2* (2), 15 – 34.
- Graham, P. (1998). *Cognitive behaviour therapy for children and families*. United States: Cambridge University Press.
- Hollender, M.H. (1978). Perfectionism: a neglected personality trait. *The Journal of Clinical Psychiatry, 39* (5), 384.
- Kendall, P.C. (1993). *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures*. New York: Guilford Press.
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.V., & Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 51*, 8 – 19.
- Kovacs, M. (1983). *The Children's Depression Inventory: A self-report depression scale for school-age youngsters*. University of Pittsburgh, School of Medicine, Unpublished Manuscript.
- Kovacs, M. (1985). The Children Depression Inventory. *Psychopharmacology Bulletin, 21* (4), 995 – 998.
- Kovacs, M., & Beck, A.T. (1977). An empirical clinical approach towards a definition of childhood depression. En J.G. Schulterbrandt & A. Raskin (Eds.), *Depression in children* (pp. 1– 25). New York: Raven Press.
- Lewinsohn, P.M., Roberts, R.E., Seeley, J.R., Rohde, P., Gotlib, I.H., & Hops, H. (1994). Adolescent psychopathology II: Psychosocial risk factors for depression. *Journal of Abnormal Psychology, 103*, 302 – 315.
- Lewinsohn, P.M., Seeley, J.R., & Gotlib, I.H. (1997). Depression related psychosocial variables: Are they specific to depression in adolescents? *Journal of Abnormal Psychology, 106*, 365 – 375.

- Martínez-Taboas, A., & Francia-Martínez, M. (1992). Efectividad de las psicoterapias en niños y adolescentes: Revisión de estudios controlados. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 24, 237 – 258.
- McCauley, E., Mitchell, J.R., Burke, P., & Moss, S. (1988). Cognitive attributes of depression in children and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 903 – 908.
- Nieves, A., Rosselló, J., & Guisasola, E. (1992). Age and gender differences in depression among Puerto Rican children and adolescents. *The Journal of MARC Research*, 1, 43 – 50.
- Nolen-Hoeksema, S. (1987). Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory. *Psychology Bulletin*, 101, 259 – 282.
- Piers, E.V. (1972). Prediction on children's self-concepts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 38, 428 – 433.
- Portell, Y. (1999). *–Riesgo suicida, sintomatología depresiva, perfeccionismo y apoyo social en jóvenes puertorriqueños/as*. Disertación doctoral no publicada, Universidad de Puerto Rico, Río Piedras, Puerto Rico.
- Ramos, G. (1984). *El trato de menores y su relación con el auto-concepto*. Tesis de maestría inédita, Universidad de Puerto Rico, Río Piedras.
- Reynolds, W.M., & Johnston, H.F. (Eds.). (1994). *Handbook of depression in children and adolescents*. New York: Plenum Press.
- Rivera, C.L., Rosselló, J., & Bernal, G. (1999). *The efficacy of group IPT and CBT vs. individual IPT and CBT in depressed Puerto Rican adolescents*. Sesión de cartel presentada en la reunión anual de la American Psychological Association, Boston, EE. UU.
- Rosselló, J. (1993). Acercamientos terapéuticos para la depresión en adolescentes puertorriqueñas: Dos estudios de casos. *Revista Interamericana de Psicología*, 27 (2), 163 – 180.
- Rosselló, J., Guisasola, E., Ralat, S., Martínez, S., & Nieves, A. (1991). La evaluación de la depresión en un grupo de jóvenes puertorriqueños. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 8, 155 – 162.
- Rosselló, J., & Bernal, G. (1999). The efficacy of cognitive-behavioral and interpersonal treatments for depression in Puerto Rican adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67 (5), 734 – 745.

- Sáez, E., & Rosselló, J. (1997). Percepción sobre conflictos maritales de los padres, ajuste familiar y sintomatología depresiva en adolescentes puertorriqueños. *–Revista Interamericana de Psicología*, 31 (2), 279 – 291.
- Saddler, C.D., & Sacks, L.A. (1993). Multidimensional perfectionism and academic procrastination: Relationships with depression in university students. *Psychological Reports*, 73, 863 – 871.
- Sánz, J., & Vázquez, C. (1993). Adaptación española de la Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS): Propiedades psicométricas y clínicas. *Análisis y Modificación de Conductas*, 19 (67), 709 – 749.
- Segal, Z.V., & Dobson, K.S. (1992). Cognitive models of depression: Report from a consensus development conference. *Psychological Inquiry*, 3 (3), 219 – 224.
- Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness: On depression, development and death*. San Francisco: Freeman.
- Shafii, M., & Shafii, S.L. (Eds.). (1992). *Clinical guide to depression in children and adolescents*. Washington: American Psychiatric Press, Inc.
- Weissman, A.N., & Beck, A.T. (1978). *Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale (DAS)*. Paper presented at the 12th annual meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Chicago.
- Zarb, J.M. (1992). *Cognitive-behavioral assessment and therapy with adolescents*. New York: Brunner/Mazel Publishers.
- Zupan, B.A., Hammen, C., & Jaenicke, C. (1987). The effects of current mood and prior depressive history and self-schematic processing in children. *Journal of Experimental Child Psychology*, 43, 149 – 158.

Nota de las Autoras

Jeannette Rosselló, Marielisa Maysonet, Centro Universitario de Servicios y Estudios Psicológicos (CUSEP), Departamento de Psicología, Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras, Puerto Rico.

Deseamos agradecer a Carmen Rivera por su ayuda en los análisis estadísticos y a Marta Philippi por su ayuda coordinando el proyecto.