



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS,  
ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD

FACULTAD DE MEDICINA

**INFLUENCIA DE EVENTOS ADVERSOS DURANTE LA INFANCIA Y  
ESTRÉS RECIENTE EN SÍNTOMAS DEPRESIVOS DE JÓVENES:  
LA FUNCIÓN DE LA REGULACIÓN EMOCIONAL**

**TESIS**

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE  
**DOCTORA EN CIENCIAS**

PRESENTA:

**MIRIAM ARROYO BELMONTE**

TUTORA

**DRA. GUILLERMINA NATERA REY**

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUNÍZ

COMITÉ TUTOR

**DRA. LUCIANA ESTHER RAMOS LIRA**

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUNÍZ

**DRA. LINA DIAZ CASTRO**

SECRETARÍA DE SALUD

CIUDAD UNIVERSITARIA, CDMX, DICIEMBRE DE 2023



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## *AGRADECIMIENTOS*

*A tod@s los participantes por aceptar compartir sus valiosas experiencias y saberes.*

*A la Dra. Guillermina Natera por su acompañamiento y sus enseñanzas. Gracias por enseñarme tanto de este fascinante y misterioso mundo de la investigación, por mostrarme cómo abrir puertas y seguir adelante a pesar de los contratamientos, por su orientación y consejos, ¡gracias!*

*A la Dra. Luciana Ramos por aceptar ser parte de mi comité, por su cercanía, guía, respaldo y acompañamiento personal y académico desde que la conocí hasta el día de hoy. Gracias por enseñarme lo que significa el profesionalismo, la fortaleza, la alegría y el interés por la investigación como un medio para transformar el mundo.*

*A la Dra. Lina Diaz por la disposición que mostró para formar parte de mi comité y por las valiosas contribuciones a mi desarrollo académico y profesional. Gracias por invitarme a reflexionar, y por interés y apoyo constantes con respecto a mi avance profesional a lo largo de este tiempo.*

*A las Doctoras Nazira Calleja, Corina Benjet, Blanca Pelcastre y Emily Ito, por su invaluable orientación y guía académica, por sus valiosas reflexiones y comentarios que han contribuido significativamente a mejorar este trabajo. Gracias por su apoyo, disposición y tiempo dedicado a la revisión de esta tesis.*

*A Víctor Rosales, Cintia Aguilar, Marcela Tiburcio, Martha Cordero, Nora Martínez Alejandra Pérez de León, por colaborar, aportar y facilitar las encuestas que dieron lugar a*

*esta tesis, así como por su orientación y guía durante distintas fases de este trabajo. Gracias a todos los que directa o indirectamente facilitaron la realización de este trabajo.*

*Al grupo de seminario de tesis de la Dra. Luciana, por su lectura crítica, su escucha activa, por aportar ideas, reflexiones y contención. Gracias Cintia, Claudia, Karla, Midiam, Verónica, Diana, Luisa, Danaé, Mauricio y Tere por el apoyo, complicidad y acompañamiento.*

*A mi alma máter, la Universidad Nacional Autónoma de México. A sus Facultades de Medicina y Psicología, donde me formé; al Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, donde me he desarrollado profesionalmente; al Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías por otorgar el financiamiento para mi formación profesional.*

*Con gratitud para mi familia y amig@s, quienes me han ayudado a avanzar y han acompañado este andar, por hacer que este viaje valga la pena, por ayudarme a crecer.*

*A Luis Ernesto, Arath y Regina por su amor, confianza y apoyo, por ser y estar de muchas maneras. Corazón de estrellas, tu luz ha enriquecido mi vida desde hace mucho tiempo, gracias por tu presencia, apoyo y cuidados, ¡sigamos caminando juntos en confianza y amor!*

*A Javier, Esperanza, Rocío y Laura, mis pilares, guías de vida y fuentes de apoyo constante, su compañía y cariño es un regalo preciado que atesoro profundamente, ¡gracias sin fin por su amor y apoyo incondicionales!*

*A Dios-a por la vida, por este viaje, por este instante.*

## CONTENIDO

<b>RESUMEN</b> .....	7
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	9
<b>CAPÍTULO 1. APROXIMACIÓN A LA DEPRESIÓN Y SUS MANIFESTACIONES DESDE LA SALUD PÚBLICA</b> .....	14
1.1 Conceptuación, manifestaciones y diagnóstico. ....	14
1.2 Prevalencia, carga y costos de atención.....	18
1.2.1 Prevalencia en jóvenes.....	18
1.2.2 Carga y costos de atención .....	26
1.3 Prevención y necesidades de atención .....	23
1.4. Etiología de los trastornos depresivos y factores asociados.....	25
1.4.1 Factores a nivel individual .....	26
1.4.2 Factores sociales y ambientales .....	26
<b>CAPÍTULO 2. ESTRÉS Y SUS IMPLICACIONES EN LA DEPRESIÓN</b> .....	30
2.1 Conceptuación y evaluación del estrés: Retos en su medición .....	31
2.2 Eventos vitales agudos .....	33
2.3 Eventos vitales crónicos .....	35
2.4 Un estresor peculiar: El caso de la pandemia por SAR-CoV-2 (COVID-19).....	38
2.5 Eventos adversos en la infancia (EAI).....	38
<b>CAPÍTULO 3. REGULACIÓN EMOCIONAL ANTE EL ESTRÉS: ESTRATEGIAS COGNITIVAS Y CONDUCTUALES</b> .....	47
3.1 Revisión conceptual y delimitación .....	47
3.2 Regulación emocional vs. Afrontamiento .....	50
3.3 Estrategias cognitivas de regulación emocional .....	51
3.4 Estrategias conductuales de regulación emocional .....	53
3.5 Estrategias de regulación emocional y sus implicaciones en la sintomatología depresiva .....	55
<b>CAPÍTULO 4. HACIA UN MODELO DE DIÁTESIS-ESTRÉS DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA: LA FUNCIÓN LA REGULACIÓN EMOCIONAL</b> .....	60
4.1 Modelos de diátesis-estrés de la relación ambientes estresantes-depresión.....	60
4.2 Necesidad de nuevos modelos explicativos.....	63

4.3 Entendiendo los posibles mecanismos de impacto de los eventos adversos en la infancia .....	66
4.4 Las estrategias de regulación del estrés como posibles mediadores .....	69
4.5 Tres modelos posibles: Generación, acumulación y sensibilización del estrés .....	70
4.6 La mediación de las estrategias de regulación emocional .....	74
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....</b>	<b>76</b>
<b>OBJETIVOS E HIPÓTESIS .....</b>	<b>80</b>
Objetivo General.....	82
Objetivos particulares por fases del estudio .....	83
Hipótesis .....	84
Propuesta Conceptual .....	85
<b>MÉTODO .....</b>	<b>88</b>
Diseño .....	88
Procedimiento general .....	88
<b>MÉTODO FASE 1. ADAPTACIÓN, CONSTRUCCIÓN Y PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE INSTRUMENTOS.....</b>	<b>89</b>
1) Adaptación cultural y validación del Cuestionario de Regulación Emocional Cognitiva (CERQ*) y del Cuestionario de Regulación Emocional Conductual (BERQ*) .....	89
2)Desarrollo y validación de la Escala Adversidad y Estrés (EAE) .....	90
Construcción de la EAE.....	90
Validación de la Escala Adversidad y Estrés.....	93
Muestra .....	93
Instrumentos .....	93
3) Propiedades Psicométricas de la Lista de Eventos Adversos en la Infancia (LEAI) y Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) .....	90
<b>MÉTODO FASE 2: PRUEBA DEL MODELO DE DIÁTESIS-ESTRÉS DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA .....</b>	<b>95</b>
Variables e instrumentos .....	96
Procedimiento.....	99
Consideraciones Éticas.....	104
<b>RESULTADOS FASE 1: ADAPTACIÓN, CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS. ....</b>	<b>107</b>

A) Adaptación cultural y validación semántica del Cuestionario de Regulación Emocional Cognitiva (CERQ*) y del Cuestionario de Regulación Emocional Conductual (BERQ*) .....	107
Equivalencia conceptual.....	113
Equivalencia (pertinencia) de cada reactivo .....	117
Equivalencia operacional. ....	113
Equivalencia de la medición.....	117
B) Propiedades psicométricas de la Escala Adversidad y Estrés (EAE).....	124
Resultados .....	124
Evidencias de validez factorial. ....	124
C) Propiedades psicométricas de la Lista de Eventos Adversos en la Infancia y Cuestionario Sobre la Salud del Paciente-9 (PHQ-9) .....	124
<b>RESULTADOS FASE 2: PRUEBA DEL MODELO DE DIÁTESIS-ESTRÉS DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA.....</b>	<b>132</b>
DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA.....	133
VARIABLES DE ESTUDIO SEGÚN CONDICIÓN DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS .....	143
CORRELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES DEL ESTUDIO .....	149
EVALUACIÓN DE LOS EFECTOS DE LOS ESTRESORES DISTALES (EVENTOS ADVERSOS EN LA INFANCIA) Y PROXIMALES (ESTRÉS ACTUAL) EN LOS SÍNTOMAS DEPRESIVOS ACTUALES	159
<b>DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....</b>	<b>164</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>186</b>
<b>APÉNDICES .....</b>	<b>218</b>

## RESUMEN

**Antecedentes.** Existe evidencia sólida que muestra que los eventos estresantes distales en el tiempo, como los eventos adversos en la infancia (EAI), y los estresores actuales, como la reciente pandemia por COVID-19, son factores relevantes en el desarrollo de sintomatología depresiva, especialmente en población juvenil. Sin embargo, son menos los estudios que brindan marcos explicativos de esta relación. Las estrategias de regulación emocional usadas ante eventos estresantes son un constructo prometedor en el entendimiento de esta relación. **Objetivo.** Desarrollar y evaluar un modelo que permita analizar conjuntamente el papel de los eventos adversos en la infancia y de los factores estresantes recientes (proximales) en la presencia de sintomatología depresiva, así como identificar los mecanismos de regulación emocional que podrían servir como mediadores en estas asociaciones, ello en jóvenes entre 18 y 25 años. **Método.** Estudio transversal analítico. **Participantes:** Hombres y mujeres entre los 18 y 25 años, estudiantes de Ciudad de México y su área conurbada. La sintomatología depresiva se evaluó a través del *Patient Health Questionnaire* (Arrieta et al., 2017); los eventos adversos en la infancia a través de una lista de eventos usados en estudios epidemiológicos (Felitti et al., 1998; Public Health Management Corporation, 2014) y el estrés asociado a pandemia a través del *Escala de Adversidad y Estrés* (Arroyo-Belmonte et al., 2021) desarrollado para tal fin. Las estrategias de regulación emocional se evaluaron a través de *Cognitive and Behavior Emotion Regulation Questionnaires* (Garnefski & Kraaij, 2007; Kraaij & Garnefski 2019). **Resultados.** Los EAI relacionados con la negligencia y descuido emocional, tienen efectos directos y estables sobre los síntomas depresivos en la juventud, y además aumentan las reacciones estresantes actuales, especialmente aquellas que tienen como fuente las relaciones interpersonales. Se probó que las estrategias de regulación emocional de autculpa (cognitiva) y de retirada (conductual), fungen como mecanismos mediadores de dicho impacto. **Discusión.** Se cuentan con elementos que sirven para proponer futuros programas prevención y atención de los síntomas depresivos entre los jóvenes.

**Palabras clave:** Sintomatología depresiva, eventos adversos en la infancia, estrés, estrategias de regulación emocional, jóvenes.

## Abstract

**Background.** There is strong evidence that distant stressful events, such as adverse childhood events (ACEs), and current stressors, such as the recent COVID-19 pandemic, are relevant factors in the development of depressive symptoms, especially in young populations. However, fewer studies provide explanatory frameworks for this relationship. Emotional regulation strategies employed in response to stressful events are a promising construct for understanding this relationship. **Objective.** To develop and evaluate a model that allows for the simultaneous analysis of the role of adverse childhood events and recent (proximal) stressors in the presence of depressive symptoms, as well as to identify emotional regulation mechanisms that could serve as mediators in these associations among young individuals aged 18 to 25. **Method.** Analytical cross-sectional study. Participants: Men and women aged 18 to 25, students from Mexico City and its metropolitan area. Depressive symptoms were assessed using the Patient Health Questionnaire (Arrieta et al., 2017); adverse childhood events were assessed using a list of events used in epidemiological studies (Felitti et al., 1998; Public Health Management Corporation, 2014), and pandemic-related stress was measured using the Adversity and Stress Scale (Arroyo-Belmonte et al., 2021) developed for this purpose. Emotional regulation strategies were evaluated using the Cognitive and Behavioral Emotion Regulation Questionnaires (Garnefski & Kraaij, 2007; Kraaij & Garnefski 2019). **Results.** ACEs related to emotional neglect and neglect have direct and stable effects on depressive symptoms in youth, and they also increase current stressful reactions, particularly those stemming from interpersonal relationships. It was demonstrated that the emotional regulation strategies of self-blame (cognitive) and withdrawal (behavioral) serve as mediating mechanisms for this impact. **Discussion.** These findings provide valuable insights for proposing future prevention and intervention programs for depressive symptoms among young individuals.

**Keywords:** Depressive symptoms, adverse childhood events, stress, emotional regulation strategies, youth.

## INTRODUCCIÓN

A pesar de los avances innegables en el estudio de la etiología y las opciones de tratamiento de los trastornos depresivos, su etiología al igual que muchas enfermedades, son consecuencia de una compleja interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales (Pérez & Gaviña, 2015). Componentes tales como los eventos estresantes, tanto los actuales como los acontecidos en etapas tempranas, han sido reconocidos como relevantes en su desarrollo (Berenzon, Lara, Robles & Medina-Mora, 2013; Huh, Kim, Lee & Chae, 2017; Van der Kolk, 2016).

A pesar de esta evidencia, son menos los estudios que abordan ambos tipos de estresores (distales y proximales en el tiempo) y las vías mediante las cuales los efectos del estrés se integran en la vida de las personas. Desde la neurociencia, se ha demostrado la implicación que la respuesta al estrés tiene en la morfología del cerebro y en la regulación del sistema endocrino e inmunológico, pudiendo explicar el impacto de los estresores en el largo plazo (Bucci et al., 2016). Desde el campo de la psicología y la salud pública, estudios de resiliencia sugieren que los niños/as que tienen una relación positiva con un adulto cariñoso y significativo, resisten mejor la adversidad y al estrés en el largo plazo (McLaughlin, 2016). A pesar de contar con algunas evidencias sobre los mecanismos explicativos de la influencia de los estresores en el desarrollo de la depresión, se requieren modelos que puedan analizar la influencia de estos factores y posibles mecanismos de acción.

Uno de los pocos modelos teóricos que cuenta con evidencia empírica directa e indirecta (a través de eficacia de la terapéutica), procede de la psicología cognitivo-conductual (Vázquez et al., 2008). Esta aproximación propone que hay determinados factores de vulnerabilidad o diátesis cognitiva, que en su interacción con sucesos estresantes y del contexto, aumentan la probabilidad de aparición de síntomas de depresión. Dentro de esta perspectiva, actualmente existe un renovado interés en nuevos constructos teóricos que den cuenta de las formas de procesar información emocional

(mecanismos, más que factores), los cuales resultan prometedores para entender posibles mecanismos de explicativos. Tal es el caso de las *estrategias de regulación emocional del estrés*, las cuales hacen referencia a los mecanismos cognitivos y conductuales que ayudan a las personas a modular sus emociones durante o después de la experiencia de eventos amenazantes o estresantes (Garnefski et al., 2001).

La capacidad de regulación emocional se desarrolla en la primera infancia en el contexto de los intercambios emocionales interpersonales (Cole et al., 2004), por lo que la vivencia de eventos adversos, especialmente aquella que se da de manera repetida y con los cuidadores primarios, interfiere en la adquisición de las habilidades apropiadas de regulación (Cicchetti & Rogosch, 2009). Esto propicia el desarrollo y mantenimiento de estrategias de regulación “desadaptativas”, que a su vez facilitan la aparición de la depresión y otros trastornos mentales en la etapa adulta (Berking & Wupperman, 2012).

La regulación emocional ha llamado la atención de investigadores aplicados y clínicos, especialmente en los últimos años por el potencial que tiene de explicar: a) el desarrollo de psicopatología, en especial de la depresión (Aldao et al., 2010); b) la comorbilidad entre enfermedades mentales y otros problemas de salud, favoreciendo un análisis transdiagnóstico (Cano-Vindel, 2011; Powers et al., 2016) y, c) el vínculo entre factores de corte psicosocial, como son los eventos estresantes de vida, y los resultados en salud (McLaughlin, 2016).

Sin embargo, aún es poco claro cómo distintos tipos de estresores proximales (actuales) y distales (adversidades en la infancia), se asocian con estrategias específicas de regulación del estrés, y éstas a su vez, con la aparición de síntomas depresivos, por lo que se requiere una mayor investigación al respecto. Además, es necesario que su estudio considere una gama amplia de estrategias cognitivas de regulación (tanto “adaptativas y como “desadaptativas”), que permita identificar cuáles están usando las personas resilientes (con historia de adversidad en la infancia y estresores, sin presencia de

sintomatología depresiva), con el potencial de poder proponer programas de prevención y atención que consideren trabajar no sólo sobre las estrategias “disfuncionales”, sino también potenciar aquellas con mejores resultados para la salud mental.

Entender estos procesos en una etapa crítica para la aparición de síntomas y trastornos depresivos, como es la juventud, resulta fundamental. Las tasas de depresión en los jóvenes han aumentado considerablemente en la última década, especialmente en las mujeres (Thapar, Eyre, Patel & Brent, 2021), lo cual es preocupante porque la juventud es un periodo de rápido desarrollo social, emocional y cognitivo y transiciones de vida clave. Además, una revisión sistemática indicó que los estudiantes universitarios tienen tasas más altas de depresión que la población general (Alvi, Assad, Ramzan & Khan, 2019).

Por si esto fuera poco, la pandemia de coronavirus [enfermedad por SARS-CoV-2 (COVID-19)] introdujo cambios de vida y estrés extraordinarios, particularmente en adolescentes y adultos jóvenes, que generó resultados perjudiciales particularmente en la salud mental de esta población (Varma, Junge, Meaklim & Jackson, 2020). Fue así como, ante el aumento del nivel de estrés en la población asociada a la reciente pandemia por SARS-COV-2 (Rodríguez-Rey et al., 2020; Qiu et al., 2020), en este estudio se reconoció su efecto como evento estresante proximal o actual.

Es así como la presente propuesta de investigación buscó evaluar un modelo de diátesis-estrés inscrito dentro de la aproximación cognitivo-conductual, acorde con un enfoque de salud pública, y que permitiera comprender el papel de las estrategias cognitivas y conductuales de regulación del estrés, en la relación entre eventos estresantes actuales y de adversos en la infancia, y la presencia de síntomas depresivos en etapas tempranas en jóvenes de entre 18 y 25 años. Todo ello coincidente con un contexto y momento altamente estresante, como lo fue la reciente pandemia por SARS-COV-2.

Entender la configuración de este problema resulta fundamental para generar propuestas de prevención y tratamiento, teniendo así el potencial de una aplicación

práctica. Identificar la prevalencia de la sintomatología y su relación con los eventos adversos, permite conocer sus características en una población de alto riesgo, y da la pauta para guiar la instalación de programas de prevención y atención específicos. Además, trabajar con esta población, permite un acercamiento de corte escolar-comunitario, con la posibilidad de poder proponer estrategias de prevención en etapas más tempranas o antes de que se desarrolle un trastorno como tal.

Para encuadrar la presente investigación, en el primer capítulo se brinda un panorama general de la depresión desde el enfoque de la salud pública, su epidemiología, comorbilidad, necesidades de prevención y atención, así como los factores asociados a su desarrollo. En el segundo capítulo se abordan los eventos adversos asociados a la presentación de este problema de salud mental, con énfasis en la importancia de su definición y medición. En el tercer capítulo se proporcionan algunos fundamentos teóricos de la regulación emocional del estrés y su relación con la depresión. En el capítulo cuarto se explica el modelo teórico que puede explicar la función de las estrategias de regulación al estrés en el desarrollo de sintomatología depresiva en la juventud, dada la presencia de antecedentes de adversidad en la infancia y estresores actuales. En el quinto capítulo se propone el planteamiento del problema, las preguntas de investigación y el modelo conceptual que guían este estudio. Enseguida se describen el método, los instrumentos, las consideraciones éticas y las fases del trabajo de investigación. En el sexto capítulo se describen los resultados de las dos fases del estudio: la primera fase de la investigación relacionada con la validación conceptual y adaptación de los instrumentos de regulación emocional, así como el desarrollo y validación del Escala de Adversidad y Estrés y las propiedades psicométricas de los instrumentos usados en el estudio. En la segunda fase se presentan los datos vinculados a las variables de estudio, incluidas las prevalencias de síntomas depresivos, eventos adversos en la infancia y estrés actual, así como la prueba del modelo de diátesis-estrés propuesto. Finalmente, se presenta la sección de discusión y conclusiones.

# CAPÍTULO 1

## Aproximación a la depresión y sus manifestaciones desde la salud pública

*No puedes evitar que el pájaro de la tristeza vuele sobre tu cabeza, pero sí puedes evitar que anide en tu cabellera*

*Proverbio Chino*

## **CAPÍTULO 1. APROXIMACIÓN A LA DEPRESIÓN Y SUS MANIFESTACIONES DESDE LA SALUD PÚBLICA**

En esta sección se aborda la concepción de la depresión a partir del modelo epidemiológico psiquiátrico, con la intención de reflexionar sobre su concepción categorial y diferenciar el trastorno mental/psiquiátrico y la sintomatología depresiva desde el ámbito clínico y de investigación. Se presentan además datos sobre su prevalencia en población general y en los jóvenes en particular, y se reflexiona sobre el impacto del SARS-COV2 (COVID-19) en dichas prevalencias, así como respecto a las necesidades de atención y prevención en esta población.

### **1.1 Conceptuación, manifestaciones y diagnóstico.**

La depresión (del latín *depressus*, abatimiento) es uno de los trastornos psiquiátricos más antiguos de los que se conoce. Inicialmente fue denominada melancolía, y mucho antes del nacimiento de la psiquiatría, ya era catalogada en los principales tratados médicos de la antigüedad (Aguirre, 2008).

Los pacientes que sufren trastornos depresivos suelen presentar una constelación de síntomas psicológicos, de comportamiento y físicos. A pesar de los avances innegables en el conocimiento de las dimensiones explicativas y alternativas de tratamiento de los trastornos depresivos, estos presentan hoy en día importantes retos. Ante la ausencia de “patógenos” y pruebas de laboratorio para la depresión, se recurre al uso de síndromes clínicos para su identificación y diagnóstico, los cuales han sido revisados y conjuntados a lo largo de cuatro décadas dentro de los manuales diagnósticos. Dos de los sistemas de clasificación más reconocidos en la actualidad en el ámbito de la enfermedad mental, son el Manual Diagnóstico y Estadístico versión 5 (DSM-5 por sus siglas en inglés) (American Psychiatric Association [APA], 2014), y la Clasificación Internacional de Enfermedades onceava versión, de la Organización Mundial de la Salud [OMS](CIE-11, versión 01, por sus siglas en inglés) (World Health Organization, 2023). En ambas clasificaciones, la depresión

se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa, problemas del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

De acuerdo con el DSM-5 (APA, 2014), los trastornos depresivos incluyen: la desregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno de depresión mayor (incluye el episodio depresivo mayor), el trastorno depresivo persistente (distimia), el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento, el trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y otro trastorno depresivo no especificado. El trastorno depresivo se caracteriza por la presencia por dos o más semanas, de un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, y la presencia de al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye: cambios en el apetito o peso (aumento o disminución), del sueño, de falta de energía, sentimientos de minusvalía o culpa, dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones y pensamientos de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. El episodio debe acompañarse de malestar clínicamente significativo o de deterioro social, laboral, familiar o de otras áreas importantes de la vida de la persona.

Sin embargo, incluso utilizando estos criterios de diagnóstico, el trastorno depresivo mayor es altamente heterogéneo. Existe variabilidad en las diferentes combinaciones de síntomas depresivos, la gravedad clínica (capturada por los descriptores de depresión leve, moderada o grave), la edad en el momento del primer inicio, las comorbilidades y los resultados. Del mismo modo, los síntomas pueden adquirir matices según la edad. Particularmente, en la población joven suelen manifestarse más problemas escolares, conductas de riesgo, aumento o reducción significativos en el peso o el apetito, insomnio o hipersomnia y pérdida de energía o fatiga (Thapar et al., 2021).

La manifestación clínica de los síntomas también puede variar entre hombres y mujeres. En ellos se manifiesta de una forma más “enmascarada” a través de síntomas como irritabilidad, ataques de enojo, hostilidad, fatiga, pérdida de interés en el trabajo o

pasatiempos favoritos, problemas de sueño, abuso de sustancias y alexitimia (incapacidad para identificar y expresar emociones), esto es, conductas más externalizadas; mientras que los sentimientos de tristeza, falta de autoestima, o culpabilidad excesiva, son más comunes en los cuadros depresivos femeninos (Fleiz, 2016; Hausmann, Rutz & Benke, 2008). A pesar de la evidencia, algunos de estos síntomas no son incluidos en los sistemas internacionales de diagnóstico, pues no se consideran síntomas primarios.

Aunque estas clasificaciones reconocen a la depresión como un trastorno del humor que puede manifestarse como un episodio único (poco frecuente), o como de varios episodios que se repiten (lo más común), se trata de categorías limitadas en el tiempo. En este sentido, y especialmente desde un enfoque de prevención, es importante concebir a la depresión como “un espectro depresivo”, un continuo con variaciones cualitativas y cuantitativas (Agudelo et al., 2007), donde en el extremo menos grave se encontrarían las fluctuaciones del estado de ánimo y en el extremo más grave, el trastorno depresivo mayor (figura 1).

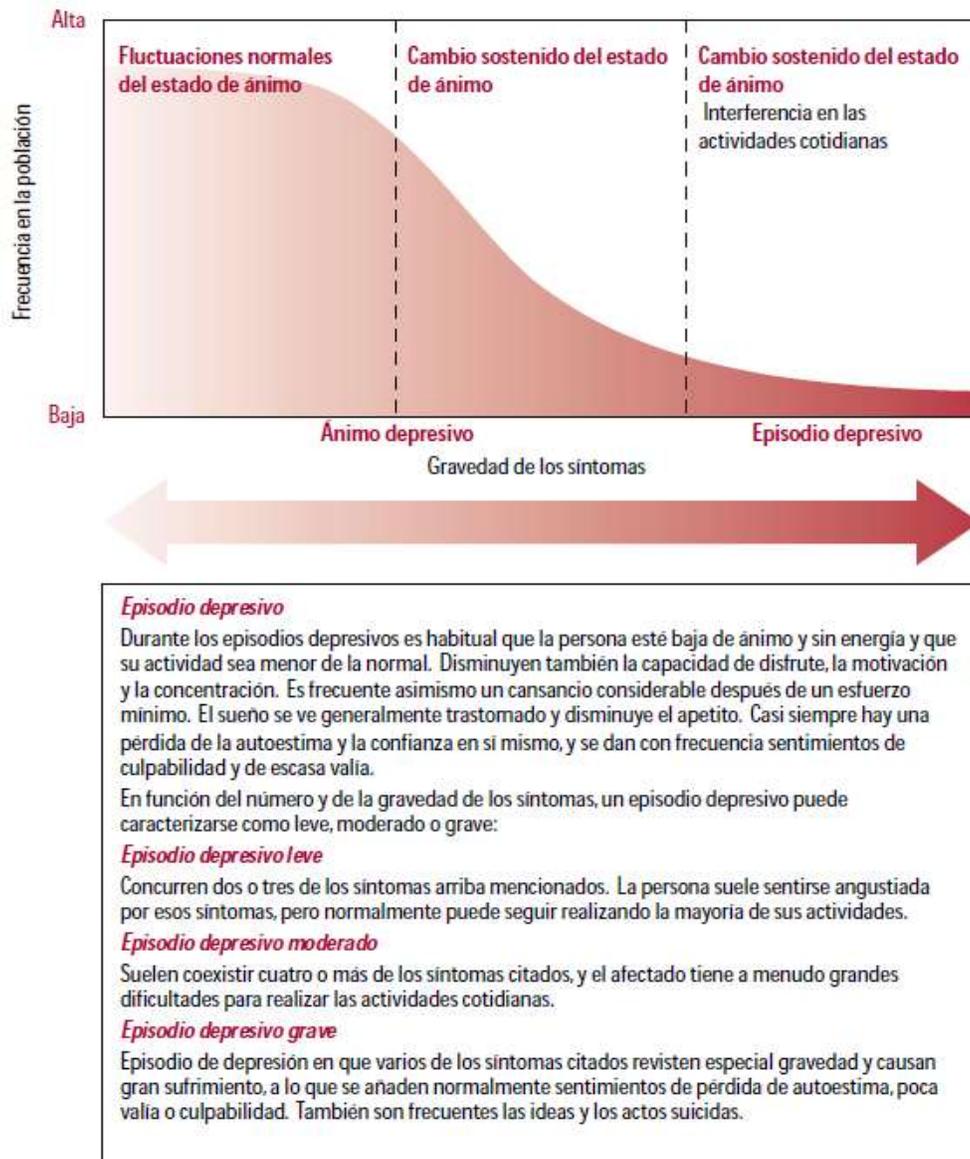
La consideración de la depresión como un continuum permite pensar en su caracterización a partir de aspectos más estables y duraderos en el tiempo, como lo son factores psicosociales tales como la vulnerabilidad al estrés, factores cognitivos (Beck, 1976), las vivencias de eventos adversos en la infancia (McLaughlin et al., 2010), variables sociodemográficas y del contexto (Berenzon et al., 2013), todos ellos factores importantes en su desarrollo y prevención.

Asimismo, está abordaje permite entender la naturaleza crónica de este problema de salud. Se ha observado, por ejemplo, que una historia previa de depresión puede ser significativa, ya que una proporción importante de pacientes tiene su primer episodio durante la infancia o la adolescencia (Fava & Kendler, 2000), y el riesgo de recurrencia es mayor al 50% después de un primer episodio de depresión mayor (Cassano & Fava, 2002). Numerosos episodios depresivos previos son un predictor aún más fuerte de recurrencia de

la depresión, con 70% y 90% de los pacientes que tienen recurrencias de depresión después de haber experimentado dos y tres episodios, respectivamente (Cassano & Fava, 2002).

**Figura 1**

*Continuum de los síntomas depresivos en la población*



**Fuente.** Organización Mundial de la Salud (2001). Informe sobre la salud en el mundo 2001.

En este estudio se abordará la **sintomatología depresiva**, es decir las manifestaciones de estados depresivos generalmente de intensidad moderada que, en contraste con el trastorno depresivo mayor, presenta una gravedad y una duración menos incapacitantes, pero que requiere de atención oportuna porque afecta la vida cotidiana (Natera & González-Forteza, 2012). Este acercamiento responde mejor al enfoque de promoción y prevención de la salud al identificar el problema en etapas tempranas. A lo largo del texto, se hará referencia al **término depresión** para cubrir dicho rango de sintomatología en asociación con el trastorno depresivo mayor.

## **1.2 Prevalencia, carga y costos de atención**

La depresión es uno de los problemas de salud mental más frecuentes. A nivel mundial, la prevalencia de trastornos depresivos que se reporta es alta, oscila entre 3.3% a 21.4% (Kessler & Bromet, 2013). En México, la prevalencia del trastorno depresivo mayor (TDM) a lo largo de la vida es de 4.8%, en hombres menores de 40 años es de 1.6%, y para las mujeres de la misma edad es de 4%; en hombres de más de 60 años es del 5% y para las mujeres de la misma edad aumenta al 9.5% (Medina-Mora et al., 2003). Datos un poco más recientes en México señalan que 9.2% los mexicanos sufrieron un trastorno afectivo en algún momento de su vida y 4.8% en los doce meses previos al estudio. La depresión ocurre con mayor frecuencia entre las mujeres (10.4%) que entre los hombres (5.4%) (Rafful et al., 2012).

### *1.2.1 Prevalencia en jóvenes*

A nivel mundial, la depresión y la ansiedad son los problemas de salud mental más frecuentes y que aparecen durante la adolescencia. Las tasas exactas de prevalencia de la depresión varían según la edad de la muestra y la definición de la depresión. Un metaanálisis de 2015 que examinó 41 estudios poblacionales de niños y adolescentes en 27 países de todo el mundo sugiere una tasa de prevalencia anual mundial del 1.3% (IC del 95%: 0.7-2,3) para el trastorno depresivo mayor. Sin embargo, se observó una

heterogeneidad significativa debido a la representatividad de la muestra, el marco de muestreo y el instrumento de diagnóstico utilizado (Polanczyk, Salum, Sugaya, Caye & Rohde, 2015). Una revisión sistemática y metaanálisis publicado en 2022 dio una prevalencia similar del 1.3% (IC del 95%: 0.6-2.9) en países de altos ingresos (Barican et al., 2022).

Aunque las tasas de prevalencia anuales del trastorno depresivo mayor son “bajas”, estos estudios abarcan un amplio rango de edades y la depresión generalmente surge durante la adolescencia y la edad adulta temprana. Por ejemplo, una revisión sistemática y metaanálisis de múltiples estudios en adolescentes entre 10 y 19 años (Shorey et al., 2021), revelaron que la tasa de prevalencia puntual global de síntomas depresivos de 2001 hasta 2020 fue del 34% (IC del 95%: 0.30-0.38). La prevalencia para el trastorno depresivo mayor (TDM) y la distimia fue del 8% (IC del 95%: 0.02-0.13) y del 4% (IC del 95%: 0.01-0.07), respectivamente. Por otro lado, una encuesta de salud mental realizada en el territorio de Inglaterra en 2017 mostró que la prevalencia de un trastorno emocional (que incluye trastornos de ansiedad, manía o trastorno afectivo bipolar y trastornos depresivos) fue del 9% en jóvenes de 11 a 16 años y del 14.9% en jóvenes de 17 a 19 años, y una cuarta parte de las mujeres del grupo de edad más avanzada (22.4%), tenía un trastorno emocional (National Health Service, 2021).

En México, se ha identificado una prevalencia de trastorno depresivo mayor en el último año del 4.8% entre adolescentes entre los 12 y 17 años residentes de la Ciudad de México (Benjet et al., 2009b). Las diferencias de sexo en la prevalencia y gravedad de los trastornos depresivos entre adolescentes de la Ciudad de México se encontraron en el estudio de Benjet y colaboradores (2009c). En este trabajo se identificó que en las mujeres el trastorno depresivo mayor es el segundo más frecuente (7.6%), después de las fobias (26.1%), mientras que en los varones es el trastorno negativista desafiante (3.7%). También tenían mayores probabilidades de experimentar un mayor deterioro y fueron más propensas a buscar tratamiento para sus trastornos. Estos hallazgos sugieren que existen

diferencias de sexo en la prevalencia y gravedad de los trastornos psiquiátricos entre adolescentes de la Ciudad de México, siendo las mujeres las más afectadas.

Específicamente en población universitaria de México (Benjet et al., 2019), se ha detectado que casi uno de cada tres estudiantes de primer año ha experimentado algún tipo de psicopatología, con una mayor prevalencia entre estudiantes femeninas, estudiantes mayores, aquellos con estructuras familiares no tradicionales, y aquellos con orientación no heterosexual o religión no católica/cristiana. En general, la depresión es el segundo trastorno más frecuente (12.6%), solo por detrás del trastorno por déficit de atención (13.6%). En general, las mujeres presentan un mayor número de trastornos, como la depresión y la ansiedad generalizada, mientras que los hombres tienen una proporción más alta de resultados positivos para la dependencia probable del alcohol y el abuso/dependencia de drogas. Igualmente destaca que el 27.8% de los estudiantes informaron pensamientos y/o comportamientos autolesivos en algún momento de sus vidas, y el 12.2% en los últimos 12 meses. El 3.5% había intentado suicidarse en algún momento de su vida, y el 0.7% en los últimos 12 meses. A pesar de esta situación, solo uno de cada cinco de estos estudiantes ha recibido tratamiento por sus problemas de salud mental (Benjet et al., 2019).

La frecuencia de los trastornos depresivos en los jóvenes ha ido en aumento. La Encuesta Nacional Transversal Anual sobre el Uso de drogas y la Salud en Estados Unidos, publicada en 2019, informó que la prevalencia de la depresión aumentó del 8.3% al 12.9% en jóvenes de 12 a 17 años entre 2011 y 2016, tendencia que se acompañó de un aumento del uso de servicios de salud mental para adolescentes entre 2005 y 2018. Con el uso de indicadores más amplios de salud mental en adultos jóvenes, una revisión sistemática indicó que los estudiantes universitarios tienen tasas más altas de depresión que la población general (Ibrahim, Kelly, Adams & Glazebrook, 2013). La prevalencia de depresión o ansiedad entre los estudiantes de profesiones de la salud también ha sido reportada como más alta que en la población general (Hope & Henderson, 2014). La mayoría de estos estudios han

informado una prevalencia de síntomas de depresión o ansiedad por encima del 35%, y de 24% en países de ingresos medios (Akhtar et al., 2020).

Todas estas encuestas sugieren que la depresión, sin importar cómo se defina, se está volviendo más común en la adolescencia tardía y la edad adulta temprana que en años anteriores, especialmente en mujeres. En la Encuesta Mexicana de Salud Mental de Adolescentes se realizó un seguimiento longitudinal para determinar la incidencia a ocho años de trastornos psiquiátricos y uso del servicio desde la adolescencia hasta la edad adulta temprana. El estudio encontró que el 37.9% de los encuestados experimentaron la aparición de un trastorno psiquiátrico, siendo los trastornos por consumo de sustancias los de mayor incidencia (24.5 %), seguidos de los trastornos del estado de ánimo y conducta (14 y 14.2% respectivamente), los trastornos de ansiedad (7.9%) y los trastornos alimentarios (3.7%) (Benjet et al., 2016).

En general se había observado un aumento de 1.5 a 2.0 veces en la prevalencia de depresión antes de la pandemia de COVID-19; y con esta crisis sanitaria, la prevalencia aumentó aún más (Lee, Cadigan & Rhew, 2020). A partir de la pandemia, se registró en el mundo un aumento del 27.6% en los trastornos depresivos, siendo las mujeres y los jóvenes las poblaciones más afectadas (COVID-19 Mental Disorders Collaborators, 2021). México no fue la excepción, una investigación en estudiantes universitarios (Domínguez-González et al., 2022), identificó que la prevalencia de síntomas depresivos pasó de 19.84% en abril a 40.8% en diciembre de 2020. Asimismo, en una revisión sistemática de estudios en México sobre el impacto de la pandemia en la salud mental de la población, se encontró que el ser mujer y ser joven son los principales factores de riesgo asociados a depresión, ansiedad y estrés, siendo estos últimos, las principales afectaciones en la salud mental (Hernández-Díaz et al., 2022).

### 1.2.2 Carga y costos de atención

Tomados en conjunto, los trastornos depresivos son un desafío para el sistema de salud por su prevalencia, cronicidad, discapacidad, costos e impactos en calidad de vida de quienes las padecen (Kessler et al., 2007). La depresión es el trastorno mental que más costos genera. Por sí sola, la depresión representa un 4.3% de la carga mundial de morbilidad, y se encuentra entre las principales causas mundiales de discapacidad (un 11% del total mundial de años vividos con discapacidad), sobre todo entre las mujeres (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2013). En México, se ha estimado que la depresión ocupa el primer lugar todas las causas de años de vida asociados con discapacidad (AVD) en las mujeres y el segundo en los varones, después de la lumbalgia (Lozano et al., 2013).

Esta carga está relacionada en parte a la alta comorbilidad de este problema con otras enfermedades. Son diversos los estudios en cuanto a padecimientos físicos comórbidos con la depresión, entre los que se incluyen enfermedades del corazón, diabetes mellitus, hipertensión arterial, síndrome de intestino irritable, úlcera gástrica, entre otros (Wagner et al., 2012; Whooley & Wong, 2013). En un estudio basado en resultados de encuestas nacionales de 17 países, se observó que la depresión aumenta los riesgos de todas las condiciones crónicas de salud analizadas: artritis, dolor crónico, diabetes, enfermedades cardíacas, ataques al corazón, hipertensión, asma, enfermedades del pulmón, úlcera péptica y cáncer (Scott et al., 2016).

También se ha demostrado que la depresión es 3.4 veces más frecuente entre quienes cursan con una condición de dolor, 2.2 veces más frecuente en las personas con diabetes y 2.8 veces aquellos con obesidad, en comparación con quienes no presentan esas condiciones de salud (Ohayon, 2003). Las personas con diabetes presentan igualmente una doble prevalencia de depresión, con tasas de 19.6% y 32.4% en estudios no controlados y controlados, realizados con escalas de síntomas de depresión, respectivamente. La depresión también es más común en personas obesas que en la población general (Cassano & Fava, 2002).

En poblaciones jóvenes se ha observado que los resultados adversos asociados con la depresión incluyen la recurrencia de la depresión; la aparición de otros trastornos psiquiátricos; y complicaciones más amplias y prolongadas en el funcionamiento interpersonal, social, educativo y ocupacional (Thapar et al., 2021). Asimismo, los trastornos depresivos se presentan con frecuencia con otros trastornos mentales, como son los de ansiedad y por consumo de alcohol (Conway et al., 2006; Lamers et al., 2011). Se ha observado que la ansiedad asociada a la depresión es más frecuente en las mujeres, mientras que el abuso de alcohol comórbido es una preocupación importante en los hombres, al tiempo que las tasas de suicidio para los hombres son entre tres y cinco veces más alto en comparación con las mujeres (Brière et al., 2014; Karger, 2014).

Las consecuencias económicas y los costos que la depresión genera son igualmente amplias, fundamentalmente debido al mayor discapacidad social y en el ejercicio de las tareas cotidianas, incluidas las laborales (Lara et al., 2007), junto con su alta comorbilidad con la enfermedad física y con otros trastornos mentales, así como las mayores tasas de utilización de servicios de salud y costo de atención (Wagner et al., 2012). De acuerdo con un estudio sobre los costos de la atención a depresión en México, se estima que este ha tenido un incremento del 88% en los últimos años, el cual pasó de USD 11,093,860 en el 2005, a USD 20,961,357 en el 2013, esto en concordancia con el respectivo incremento de la demanda de atención, que pasó de 4,556 casos atendidos en el año 2005 a 7,421 en el 2013 (Arredondo et al., 2018). Ante estas condiciones, se requiere generar estrategias para el reconocimiento de la sintomatología depresiva y su prevención temprana.

### **1.3 Prevención y necesidades de atención**

A pesar de los esfuerzos y avances sustanciales en el tratamiento de los trastornos depresivos, especialmente en el uso de medicamentos antidepresivos y la terapia cognitivo-conductual, los datos epidemiológicos no indican que la carga de depresión haya disminuido en las últimas décadas (Ferrari et al., 2013; Kessler & Bromet, 2013). Si bien la mejora de

los tratamientos y su difusión, tienen el potencial de reducir la duración de los episodios y el riesgo de recurrencia y, por lo tanto, reducir la carga de depresión, el efecto probablemente sea limitado.

Se sabe que la mayoría de las personas con depresión u otros problemas de salud mental no accede a servicios de atención, existiendo brechas de tratamiento en países de ingresos bajos y medios al 90% (Wang et al., 2007). En México, menos de 20% de quienes presentan un trastorno afectivo buscan algún tipo de ayuda (Medina-Mora et al., 2005), y se estima que el tiempo que tardan los pacientes en llegar a la atención es amplio, con una latencia que oscila entre 4 y 20 años según el tipo de padecimiento (Medina-Mora et al., 2003). Otro estudio reveló que, en el país solo el 26% de las personas con trastornos del ánimo en los últimos 12 meses recibió algún tipo de servicio para ese problema, y que los servicios son proporcionados principalmente en el tercer nivel, con poca representación del primer nivel de atención (Borges et al., 2006).

Para reducir la carga, la prevención es fundamental. Desafortunadamente, hasta ahora los esfuerzos preventivos tampoco han logrado resultados sustanciales. De acuerdo con Ormel y colaboradores (2020), hay una carencia de esfuerzos de prevención socialmente arraigados y dificultades para reducir el impacto de los principales determinantes de la depresión. Estos mismos autores señalan que para sustentar estrategias eficaces de prevención es necesario el trabajo conjunto de las principales instituciones sociales y de salud, integrar estrategias desde etapas tempranas y focalizar los principales determinantes personales y ambientales y sus interacciones. Esto incluye abordar tanto los eventos adversos en la infancia y actuales, los rasgos de personalidad desadaptativa y las habilidades para la vida insuficientes, así como combinar estrategias de prevención universales, selectivas e indicadas con un énfasis en la prevención universal.

Si bien es necesario determinar la viabilidad de este tipo de estrategias, sin ellas, la epidemia de depresión no cederá. Los sistemas de salud todavía no han dado una respuesta adecuada a la carga de estos problemas, por lo que la discrepancia entre la necesidad de tratamiento, la prestación de servicios y recursos requeridos es aún amplia en México y el

mundo (Arredondo et al., 2018). El Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020 de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) sugiere poner en práctica estrategias de promoción y prevención, y es justo en el marco de estas propuestas, y sobre todo en el objetivo de generación de evidencias para los tomadores de decisión y gestores en salud, que los resultados de esta investigación cobran sentido.

#### **1.4. Etiología de los trastornos depresivos y factores asociados**

El tema de la depresión ha sido abordado principalmente desde el enfoque biomédico, el cual frecuentemente supone una etiología y patogénesis del sistema nervioso central, documenta los signos y síntomas, ofrece diagnósticos diferenciales, recomienda terapias farmacológicas y pronostica el curso y el resultado de la enfermedad. Sin embargo, se trata de un problema de salud multifactorial, cuya aparición no se puede separar del entorno y de factores psicológicos. La investigación epidemiología social, ha dejado de manifiesto la carga que los factores del contexto tienen sobre la salud de las personas, observando, por ejemplo, que las causas de la mala salud se pueden atribuir en un 50% a los factores sociales; 25% a los servicios de salud; 10% al medio ambiente y solo un 15% es atribuible a factores genéticos (Canadian Institute for Advanced Research, 2008; en Salgado, 2017).

Ante estos hechos, y desde el punto de vista de la salud pública, es necesario reconocer e integrar también la influencia factores del contexto en la investigación, prevención y atención de la depresión. En la siguiente sección se revisarán los principales hallazgos que la investigación empírica ha revelado sobre los *factores a nivel individual y sociales* asociados a la depresión, a fin de comprender su influencia en el desarrollo de este problema de salud. Esta división se hace con fines expositivos y con la conciencia de que se trata de una separación artificial, y que justamente uno de los retos de la investigación, es comprender la interacción entre estos ámbitos.

#### *1.4.1 Factores a nivel individual*

Las investigaciones han mostrado una vulnerabilidad biológica o genética a padecer la depresión cuando a nivel familiar han existido varios casos de depresión, por lo que parece existir una relación entre depresión y herencia. Estudios revelan que los familiares de primer grado (padres, hijos, hermanos) de personas con trastorno depresivo mayor, tienen alrededor de tres a cuatro veces más probabilidades de enfermar de depresión que la población general (Kessler, 1997; Sullivan, Neale & Kendler, 2000). La heredabilidad de la depresión mayor se estima entre un 31 a 42%, aunque puede ser mayor en algunos subtipos de depresión, tal como la depresión recurrente (Silva, 2002). Asimismo, existen factores de corte cognitivo que se asocian a la presencia de depresión, que incluyen las cogniciones y estrategias de regulación emocional disfuncionales (Aldao et al., 2010; Hammen et al., 2012; Zagaria et al., 2023), los cuales se abordarán con más detalle en los siguientes capítulos.

La presencia de algunos rasgos de personalidad parece predisponer a TDM, con la mejor evidencia disponible para el rasgo denominado "Neuroticismo". El neuroticismo es un rasgo de personalidad estable que refleja el nivel de estabilidad emocional frente a la predisposición a desarrollar malestar emocional bajo estrés (Fava & Kendler, 2000). Una revisión sistemática encontró que rasgos de personalidad como el neuroticismo, la extraversión y la conciencia se asociaron con síntomas depresivos (Hakulinen et al., 2015). En este mismo trabajo se señala la falta de estudios a gran escala sobre la relación entre personalidad y depresión.

#### *1.4.2 Factores sociales y ambientales*

Cuatro factores de riesgo se han asociado sistemáticamente con el trastorno depresivo mayor (TDM), y el nivel de evidencia sugiere que al menos parte de la asociación es ciertamente causal: el género, los eventos estresantes en la vida, las experiencias adversas en la infancia y ciertos rasgos de personalidad (incluidos en los factores personales)

(Cassano & Fava, 2002). Una amplia gama de adversidades ambientales como la pérdida de empleos, dificultades matrimoniales, problemas de salud graves y la pérdida de relaciones personales cercanas se asocian con un aumento sustancial en el riesgo de aparición de TDM (Kessler, 1997; Pérez & Gaviña, 2013). En general se han identificado consistentemente varios factores asociados a la depresión, los cuales incluyen la historia familiar, antecedentes de enfermedad psiquiátrica familiar, la adversidad infantil, el aislamiento social, el género, las desventajas económicas y la exposición a experiencias de vida estresantes (Kessler et al., 1997). Los factores de estrés relacionados con la pérdida están estrechamente vinculados al riesgo de depresión, mientras que aquellos que involucran peligro se asocian con el riesgo de ansiedad. Además, los factores de estrés que combinan tanto la pérdida como el peligro están relacionados con el riesgo de padecer una combinación de ansiedad y depresión (Nazroo, Edwards & Brown, 2007).

Algunos estudios han encontrado que las personas con un estatus socioeconómico bajo muestran un mayor riesgo de depresión que las personas económicamente acomodadas. En las mujeres, el hecho de estar casada, tener tres o más hijos pequeños en el hogar, estar desempleada, tener una clase social baja y la pérdida de su madre en la infancia, son factores de riesgo para desarrollar la depresión. De manera inversa, en las zonas rurales, la falta de empleo fuera del hogar y el cuidado de los niños pequeños representan un factor de protección. En los hombres, el desempleo es un claro factor de riesgo para la depresión (Pérez & Gaviña, 2013). En términos de estado civil, algunos autores consideran que el matrimonio tiene un efecto protector contra la depresión en los hombres, mientras que en las mujeres es una fuente importante de estrés, al tiempo que los hallazgos en términos de nivel educativo no son muy claros (Pérez & Gaviña, 2013).

Concretamente en el caso de México, se ha observado que existe una mayor prevalencia del trastorno depresivo mayor en mujeres, independientemente del grupo de edad; de igual forma que conforme aumenta el nivel de escolaridad, la prevalencia disminuye, y la prevalencia en hombres es mayor en zonas rurales, y en mujeres mayor en

zonas urbanas (Belló et al., 2005). En el país se han descrito factores sociales y ambientales asociados con la depresión, como: ser mujer, dedicarse exclusivamente a las labores del hogar, un bajo nivel socioeconómico, estar desempleado, el aislamiento social, tener problemas legales, tener experiencias de violencia, consumir sustancias, y la migración. Factores del entorno como la violencia, la inseguridad o las crisis económicas incrementan el riesgo de que se presente la sintomatología depresiva (Berenzon, Lara, Robles & Medina-Mora, 2013). La literatura también indica que la población que vive en condiciones de mayor pobreza presenta una depresión más grave que aquella que se encuentra en mejores condiciones económicas (Medina-Mora et al., 2005). Se ha observado también que los antecedentes de depresión en la madre y una edad de inicio del primer episodio depresivo más temprano predicen depresión en la edad reproductiva (Lara et al., 2006).

Asimismo, uno de los factores sociales y prevenibles, que cuenta con evidencia sólida sobre sus repercusiones en la salud de los individuos y especialmente en la etiología de la depresión, son los eventos adversos vividos en la infancia, siendo reconocidos como uno de los determinantes sociales de la salud más importantes (World Health Organization, 2014). Existen pruebas de que la adversidad infantil se asocia con un aumento en el riesgo de depresión mayor de por vida en una forma dosis-respuesta; cuanto mayor es el número de adversidades infantiles reportadas por un individuo, mayor es la probabilidad de depresión de por vida (Kessler et al., 1997; Nanni, Uher & Danese, 2012). Se ha observado, por ejemplo, que las personas que reportaran más de seis adversidades en la infancia tienen 2.7 más riesgo de presentar depresión en el último año, y 24.4 veces más el riesgo de reportar intentos de suicidio a lo largo de la vida, en comparación con las personas sin reporte de adversidades (Merrick et al., 2017).

Una variedad de dificultades en la infancia, entre las que se incluyen el abuso físico y sexual, las malas relaciones entre padres e hijos, y el divorcio de los padres, aumentan el riesgo de desarrollo de TDM en la etapa adulta (Cassano & Fava, 2002; Hovens et al., 2012). Además, la adversidad infantil se ha relacionado con características clínicas desfavorables

de la depresión, como una mayor comorbilidad, una edad más temprana al inicio de la depresión, una mayor gravedad de los síntomas, una mayor duración de la enfermedad y más recaídas (Benjet et al., 2010; 2011; Hovens et al., 2012; Nanni, Uher & Danese, 2012; Wiersma et al., 2009).

Dada la relevancia que los estresores y las adversidades tienen en la configuración de la depresión, se le dedicará un apartado especial en el siguiente capítulo, en el que se hablará de las definiciones de eventos estresantes y la adversidad en la vida temprana, y las asociaciones encontradas entre estas experiencias y los resultados en el largo plazo vinculados con la depresión

## CAPÍTULO 2

# Estrés y sus implicaciones en la depresión

*Hay una emoción en mi garganta  
que no deja pasar el aire.  
Quiero decir algo y no puedo.  
Quiero respirar y el aire pasa lento.*

*Paro.*

*Cierro los ojos.  
Me desconecto del mundo y vuelvo,  
Miro adentro.*

*- Silvia Zúñiga -*

## CAPÍTULO 2. ESTRÉS Y SUS IMPLICACIONES EN LA DEPRESIÓN

Es bien reconocido el papel de estrés como desencadenante de reacciones depresivas, ansiedad y otros trastornos del comportamiento (Kendler & Gardner, 2016; Shader, 2020). La mayoría de las culturas han observado asociaciones entre los inicialmente nombrados “estados melancólicos” y los eventos adversos de la vida tanto proximales en el tiempo como el duelo, las pérdidas, y problemas económicos, por solo mencionar algunos (Brown & Harris, 1989); como con adversidades en la infancia o distales temporalmente (McLaughlin, 2016), tales como la violencia física o el descuido emocional en la infancia. Paradójicamente, los factores estresantes, en el sentido de las condiciones ambientales o entornos, a menudo han sido “el jugador silencioso” en la investigación sobre estrés y depresión. En este capítulo se discutirá brevemente cómo las experiencias y exposiciones al estrés han sido descuidadas conceptual o empíricamente, y/o medidas con ciertas deficiencias. Asimismo, se plantea una clasificación de los estresores para facilitar su comprensión en relación con su posible impacto y asociación a la depresión y sus síntomas.

### 2.1 Conceptuación y evaluación del estrés: Retos en su medición

A partir de la revisión de la literatura realizada para este trabajo, se ha podido identificar que existen dos grandes tendencias teórico-empíricas al abordar el impacto del estresor en la presentación y desarrollo de la depresión. La primera, más de corte “contextual”, aborda al estrés como una serie de eventos que dependiendo de sus características y/o efecto acumulativo, tienen el potencial de impactar la vida de las personas, es decir, su foco está en las *situaciones ambientales problemáticas o estresantes* que facilitan la aparición de síntomas depresivos; tal es el caso de eventos como la muerte de un ser querido o los desastres naturales. La segunda perspectiva, de corte más psicológico, hace referencia a aquellas investigaciones que han dado énfasis a evaluar el estrés *como la interpretación o valoración que la persona hace sobre su mundo*, y no como lo que está sucediendo en el mundo de la persona como tal; dentro de esta tradición estarían las valoraciones sobre

impacto estresante que ciertos eventos tienen en la vida de las personas. En la presente sección se abordará la primera perspectiva (contextual), y en el siguiente capítulo, la tradición de corte psicológico mediante las estrategias cognitivo-conductuales de regulación al estrés.

### 2.1.1 *El estrés desde la perspectiva contextual*

Los modelos que parten desde la perspectiva contextual tienen como principal interés la observación de los eventos de vida de las personas, los cuales pueden ser objetivamente desafiantes y que se reconoce, pueden estar presentes desde la infancia. Se ha documentado que el cerebro en desarrollo y los sistemas neuroendocrinos y hormonales son esculpidos por los eventos del entorno y por el éxito o el fracaso de los cuidadores para promover relaciones positivas, cálidas y estables. Dependiendo de lo que el niño aprenda y los recursos que pueda controlar, es posible que solo tenga éxito en parte en la negociación de las demandas del desarrollo y, en ocasiones, se sienta abrumado por los requisitos y eventos de la vida. En esta perspectiva, el individuo vulnerable en desarrollo, sin saberlo, no solo experimenta, sino que contribuye a la aparición continua de factores estresantes y desafíos; dicha "generación de estrés" se debe a determinadas *situaciones ambientales problemáticas o estresantes* en las que se encuentra sumida o que ha "facilitado" (Hammen, 2016).

De esta forma, esta serie de eventos "objetivables" o circunstancias adversas que suceden en la vida de las personas, pueden facilitar o estar asociados a la presencia de síntomas depresivos o al trastorno como tal. En este trabajo se retoman y se describen tres tipos de estresores o adversidades ambientales que son relevantes para los episodios depresivos y afectan la mayoría de las formas de psicopatología: eventos vitales agudos, eventos estresantes crónicos y adversidades en la primera infancia. Asimismo, se analiza el caso especial de la pandemia por COVID-19 como un estresor con características particulares.

## 2.2 Eventos vitales agudos

### *Definición y medición*

La variable de estresores que se encuentra con más frecuencia en la investigación humana involucra eventos vitales negativos agudos que ocurren en el pasado reciente. En la mayoría de los estudios, la medición ha adoptado la forma de cuestionarios y listas de verificación de fácil aplicación y puntuación, que varían en longitud y solidez psicométrica (Hammen, 2016). Si bien esta estrategia es rentable y una opción práctica en el contexto de estudios grandes y costosos, las limitaciones de los cuestionarios son considerables.

Monroe (2008) ha escrito sobre estas limitaciones, entre las que se encuentran que, por definición, los cuestionarios contienen solo un número limitado de eventos posibles, y los encuestados pueden interpretar los eventos de formas muy diferentes que podrían oscurecer la comprensión de lo que realmente sucedió. Algunas veces, también es bastante difícil para las personas por sí mismas determinar con precisión el evento, un tema crítico si el propósito es determinar si un evento en realidad precedió / desencadenó síntomas o episodios. Otros problemas son las fallas en el recuerdo o malas interpretaciones, falta de evidencias de validez, y fallas en el cuestionario para incluir eventos personalmente relevantes, pero potencialmente raros o idiosincrásicos, y el hecho de que la severidad del estrés se califica típicamente por calificaciones subjetivas del impacto del evento que están muy influidas por la angustia emocional actual (Cohen, Kessler & Gordon, 1995; Monroe, 2008; Motrico et al., 2017).

En general, la evaluación basada en entrevistas de eventos estresantes de la vida se ha convertido en el método estándar, especialmente si se basa en el enfoque “contextual”. Con tales métodos, los entrevistadores están capacitados para hacer preguntas semiestructuradas para obtener información sobre las circunstancias y consecuencias de un evento, de modo que los eventos de naturaleza similar pero que ocurren en contextos muy diferentes, puedan entenderse en términos de lo que está en juego en diferentes

circunstancias (Cohen, Kessler & Gordon, 1995; Wethington, 2016). De ahí que en el presente trabajo se haya propuesto la construcción de un instrumento que considera estos elementos (Escala Adversidad y Estrés, ver fase 1 de este trabajo), ya que buscó evaluar el impacto de un solo evento (en este caso la pandemia), e identificar el nivel de estrés generado en diferentes áreas de la vida de los jóvenes, esto considerando las ventajas de entrevistas de eventos vitales negativos, pero retomando los beneficios de las escalas cerradas. De esta manera se tienen elementos para probar un modelo de la interacción de factores externos “objetivables” (evento adverso y su impacto), como internos (regulación emocional), y sus interacciones en la configuración de la sintomatología depresiva.

#### *Impacto de los eventos vitales agudos (estrés actual) en la depresión*

Los estresores actuales o los eventos vividos como estresantes tienen un importante papel en la presentación y desarrollo de la sintomatología depresiva (Ormel et al., 2020). Los estudios descriptivos han documentado ampliamente que la gran mayoría (80%) de los episodios de depresión mayor, ocurren dentro de unos meses o menos de eventos vitales negativos importantes, con evidencia empírica de factores estresantes que juegan un papel desencadenante-causal (Brown & Harris, 1978; Kendler & Gardner, 2010). Un estudio en Bangkok demostró que las personas deprimidas experimentaron más eventos de vida estresantes que los sujetos no deprimidos (5.81 +/- 3.19 vs 3.24 +/- 2.80 eventos en un año) (Lueboonthavatchai, 2009).

Se han realizado también evaluaciones sobre el tipo de eventos que aumentan el riesgo de episodios depresivos. En este sentido, Kendler (1995) informó que la muerte de un pariente cercano, agresión, problemas matrimoniales graves y divorcio o ruptura, aumentarían más de 10 veces el riesgo de la aparición de depresión mayor. Por su parte, Hammen (2003) encontró que las mujeres deprimidas estaban más expuestas a problemas maritales o eventos interpersonales adversos que las mujeres no deprimidas. En otro estudio se identificó que los tipos de eventos estresantes de la vida asociados con la

aparición del trastorno depresivo fueron la hospitalización médica, la enfermedad médica que provocó la ausencia del trabajo o la alteración de la rutina diaria, el cambio de hábitos de sueño, la ausencia de recreación, las discusiones con el cónyuge, las dificultades sexuales con el cónyuge, los problemas económicos familiares, pérdida de empleo y problemas con el jefe (Lueboonthavatchai, 2009).

### 2.3 Eventos vitales crónicos

Los estresores crónicos han sido un foco importante de los modelos animales de depresión, considerado como la mejor característica de las experiencias naturalistas que involucran privaciones físicas, condiciones de depredadores y derrota social. Aunque incluso en estudios con animales, los paradigmas del estrés crónico se consideran difíciles y costosos, se consideran esenciales para modelos análogos de depresión (Krishnan & Nestler, 2008).

Sin embargo, los eventos estresores crónicos en humanos ha sido sustancialmente menos estudiado que los eventos vitales agudos en contextos de depresión / ansiedad. Los estresores crónicos en los seres humanos se refiere a condiciones *continuas* estresantes, desafiantes o amenazantes que generalmente afectan la vida cotidiana (Hammen, 2016). Los factores estresantes crónicos varían en severidad, desde leves (como un problema médico intermitente con síntomas que requieren atención y pueden modificar levemente el estilo de vida) hasta severos (vivir en un vecindario peligroso caracterizado por la violencia y/o malas condiciones de vida). En general, la investigación sobre los efectos de tales circunstancias crónicas en los síntomas de depresión se ha centrado en el impacto de situaciones individuales, como la violencia conyugal (Robles, Slatcher, Trombello & McGinn, 2014), la pobreza (Evans, Li & Whipple, 2013), el cuidado de un familiar enfermo (Adelman, Tmanova, Delgado, Dion & Lachs, 2014), entre otros. La evidencia muestra invariablemente que tales factores estresantes crónicos están asociados con niveles más altos de depresión y la ansiedad y potencialmente un mayor número de problemas de salud y de comportamiento (Hammen, 2016).

Varias características de los eventos crónicos en relación con la depresión y la ansiedad son dignas de mención conceptual y empírica. Primero, comúnmente existe un efecto bidireccional entre éstos y la sintomatología depresiva. Prácticamente todos los trastornos psicológicos están arraigados en los estresores crónicos, y los estudios de poblaciones clínicas, ya sean descriptivos o neurobiológicos, invariablemente confunden los efectos del estrés y los síntomas. Las condiciones crónicamente estresantes promueven reacciones depresivas y ansiedad, y la depresión / ansiedad contribuye a situaciones crónicamente estresantes, como relaciones cercanas conflictivas, dificultades en el desempeño laboral y problemas en la vida y la salud familiar. El efecto bidireccional suele predecir episodios depresivos crónicos o recurrentes (Hammen, 2016).

#### **2.4 Un estresor peculiar: El caso de la pandemia por SAR-CoV-2 (COVID-19)**

A pesar de la amplia evidencia de que la reciente pandemia resultó ser un estresor importante en la vida de las personas, y que impactó la salud física y mental de la población (Burtscher et al., 2020), es importante reconocer que se trató de un estresor con características particulares.

La pandemia de COVID-19 y las medidas de salud pública asociadas para su control, perturbaron la vida de las personas en todo el mundo. Implicó adaptarse a nuevas circunstancias (por ejemplo, estudiar y trabajar desde casa), asumir nuevos estilos de vida y enfrentar dificultades como la pérdida de empleo, la reducción de ingresos, enfermedad, aislamiento social y la movilidad restringida. Aún hoy en día, la naturaleza y el alcance completo del impacto de COVID-19 apenas están empezando a ser comprendidos.

Como señalan Biondi y Lannitelli (2020), se trató de un evento tanto individual como colectivo, poco convencional, que generó un estrés persistente que pudo comenzar como agudo y conducir a un estrés crónico caracterizado por el esfuerzo por adaptarse al riesgo de infección o de regreso a la “normalidad”, y que resultó también en un esfuerzo psicosocial y económico para resistir a la situación de aislamiento y cierres de emergencia,

al tiempo que requirió gestionar los daños durante y después de la pandemia. La evaluación del impacto estresante de esta situación implicó retos que en sí mismo, la medición del estrés ya presentaba y más (Harkness & Monroe, 2016; Wethington, 2016). Por ello, en este trabajo se propuso construir un instrumento que permitiera acercarse al entendimiento del impacto estresante que la pandemia tuvo en los diferentes ámbitos de la vida de las personas (Arroyo-Belmonte, Natera-Rey, Tiburcio-Sainz & Martínez-Vélez, 2021).

En este contexto, fue esencial desarrollar una herramienta de medición breve e incorporar nuevos esquemas de medición que permitieran comprender el impacto que un factor estresante tan único como la reciente pandemia tuvo en diversas áreas de la vida de las personas, y su posible vínculo con resultados de salud mental. Si bien surgieron varios instrumentos para medir el miedo y la ansiedad relacionados con la pandemia de COVID-19 (Ahorsu et al., 2020; Lee, 2020; Mertens, Gerritsen, Duijndam, Salemink & Engelhard, 2020; Taylor et al., 2020b), fue importante contar con una herramienta de medición funcional para estudios poblacionales que considerara su posible impacto psicosocial, más allá del miedo a la infección o contagio.

Por otro lado, fueron evidentes los efectos directos e indirectos que la pandemia tuvo sobre la salud mental de la población en general, y de los jóvenes en particular. Distintas revisiones sistemáticas mostraron que la pandemia causó estrés, preocupación, impotencia y problemas de comportamiento social y de riesgo entre adolescentes y jóvenes (por ejemplo, abuso de sustancias, suicidio, problemas de relación, problemas académicos y ausentismo laboral) (Borges et al., 2023; Meherali et al., 2021). La ansiedad, la depresión, las alteraciones del sueño y el apetito, así como la alteración en las interacciones sociales, fueron las afectaciones más comunes (Akhtar et al., 2020; Hawes, Szenczy, Klein, Hajcak & Nelson, 2021; Varma et al., 2020). Permanecer en casa durante largos períodos, no asistir a la escuela, la falta de interacción con los compañeros, tener un familiar o amigo infectado con COVID-19 y limitar la actividad física fueron identificados como los principales factores

estresantes en este grupo de edad (Ulloa et al., 2022). Además, ser mujer se asoció con un mayor riesgo de desarrollar depresión y ansiedad (Ulloa et al., 2022; Wathelet et al., 2020).

En México, un estudio realizado en estudiantes de primer año de cinco universidades identificó un aumento en la incidencia de ideación suicida durante el periodo de COVID-19 (30 de marzo de 2020 a 30 de junio) en comparación con el periodo anterior (RR 1.65, IC del 95% 1.08-2.50). Este incremento fue especialmente notable entre los estudiantes con un sentido elevado de vulnerabilidad (RR 1.95), comportamientos deficientes de afrontamiento (RR 2.40) y antecedentes de trastornos mentales (RR 2.41). Además, se evidenció que los jóvenes sin trastornos de salud mental a lo largo de la vida tenían un mayor riesgo de presentar planes suicidas en comparación con aquellos que tenían estos trastornos, especialmente si mostraban estrategias de afrontamiento deficientes (RR 3.14) (Borges et al., 2023).

## 2.5 Eventos adversos en la infancia (EAI)

### *Definición y medición*

Los eventos estresantes o traumáticos experimentados en la niñez o la adolescencia (antes de los 18 años) son referidos por muchos términos, incluyendo la adversidad de la vida temprana, el estrés en la vida temprana, trauma en la vida temprana o experiencias/eventos adversos en la infancia (en inglés identificadas como ACE<sup>1</sup>).

El estudio epidemiológico denominado ACE, realizado entre 1995 y 1997 en la Clínica de Evaluación Permanente de la Salud de Kaiser en San Diego, en colaboración con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos, fue uno de los primeros que relacionó la adversidad en la vida temprana y los resultados de la salud a largo plazo en una muestra grande (Felitti et al., 1998). Las categorías de adversidad utilizadas en

---

<sup>1</sup> Adverse Childhood Experiences

el estudio ACE representan un conjunto limitado de factores de riesgo que, aunque no son exhaustivos, se han citado comúnmente como categorías definitorias de adversidad en la investigación que asocia la adversidad infantil y los resultados de salud. La Figura 2 muestra las tres categorías de adversidad usadas en el Estudio ACE.

Además de estas categorías, existen otras experiencias adversas adicionales con evidencia de impactos en el largo plazo en la salud las cuales incluyen la exposición a la violencia comunitaria, el bullying, la falta de vivienda, el estrés de los padres, las dificultades económicas y la discriminación (Bucci et al., 2016).

La mayoría de los estudios sobre la adversidad en la vida temprana y los resultados de salud han sido informes retrospectivos de adultos de eventos experimentados antes de los 18 años y sus resultados de salud en adultos. Estos estudios han sido importantes para identificar asociaciones entre adversidad temprana y resultados de salud que generalmente tardan años en manifestarse en formas clínicamente relevantes.

Se ha documentado ampliamente que la exposición a eventos adversos en la vida temprana, es un factor de vulnerabilidad tanto para los trastornos depresivos, como para los de ansiedad y consumo de alcohol (Keyes, Hatzenbuehler & Hasin, 2011; Nolte, Guiney, Fonagy, Mayes & Luyten, 2011). Además, existe una evidencia considerable de comorbilidad de la ansiedad y los trastornos depresivos, especialmente en mujeres, y de consumo de alcohol en hombres (Berenzon et al., 2013). Algunos autores señalan que estos trastornos comparten características comunes y hablan de la exposición a eventos adversos en la infancia como un factor transdiagnóstico en el estudio de estos trastornos mentales (Carragher, Krueger, Eaton & Slade, 2015; Conway, Hammen & Brennan, 2012).

**Figura 2**

*Experiencias adversas de la infancia, por categoría en el estudio ACE*

ABUSO	NEGLIGENCIA	DISFUNCIÓN EN EL HOGAR	
			
<b>Físico</b>	<b>Física</b>	<b>Enfermedad mental</b>	<b>Pariente encarcelado</b>
			
<b>Emocional</b>	<b>Emocional</b>	<b>Violencia en el hogar</b>	<b>Consumo de sustancias</b>
			
<b>Sexual</b>		<b>Divorcio</b>	

Gráfica adaptada de <http://www.joiningforcesforchildren.org/what-are-aces/>. Acceso el 1 de septiembre de 2018.

*Impacto de los eventos vitales agudos en la depresión*

Los datos del estudio ACE sugieren una relación dosis-respuesta entre el número de adversidades experimentado por una persona y los resultados negativos de salud. Este mismo estudio notificó que la ocurrencia de cuatro o más adversidades se asoció con probabilidades significativamente mayores de desarrollar 6 de 10 principales causas de muerte en los Estados Unidos después de ajustar por edad, sexo, raza y nivel educativo: cardiopatía isquémica (2.20), cualquier cáncer (1.90), accidente cerebrovascular (2.40), bronquitis crónica o enfisema (3.90), diabetes (1.60) e intento de suicidio (12.20) (Felitti et al., 1998). En el cuadro 1 se resumen los resultados de salud asociados con la adversidad temprana.

Concretamente en el caso de la depresión, ciertas adversidades infantiles parecen tener un mayor impacto en el desarrollo y el curso de la depresión que otras. A través de los datos de una encuesta nacional en Estados Unidos, se hizo un análisis factorial de 12 adversidades infantiles, lográndose identificar dos grandes categorías: las que reflejan "funcionamiento familiar desadaptativo" (abuso sexual, abuso físico, negligencia, enfermedad mental parental, abuso de sustancias parentales, comportamiento delictivo y violencia doméstica) y "otras adversidades infantiles" (muerte de los padres, divorcio de los padres, otra pérdida parental, enfermedad física infantil y adversidad económica familiar) (McLaughlin et al. 2010; Green et al., 2010). El informe de adversidades infantiles múltiples era la norma, las personas en el grupo de "funcionamiento familiar desadaptativo" eran más vulnerables a desarrollar y persistir en la depresión. Lo anterior respalda la suposición de que no es una adversidad infantil per se, lo que eleva el riesgo de desarrollar psicopatología, sino más bien la calidad del entorno familiar de la infancia.

En otro estudio Hovens y colaboradores (2012), proporcionan evidencia al identificar que la muerte de los padres, el divorcio de los padres y otras pérdidas parentales no predecían la aparición de la depresión, mientras que sí lo hacían el abuso sexual, el abuso físico, el abuso psicológico y el abandono emocional. En particular, encontraron que el abandono emocional era el predictor más importante de la ocurrencia de depresión. La negligencia emocional también fue la adversidad infantil más prevalente informada en el grupo deprimido de su estudio. Alrededor del 20% de este grupo informó que había experimentado negligencia emocional de forma regular. En un grupo de individuos con depresión crónica, este número asciende al 53%. Gibb y colaboradores (2007) también identificaron en pacientes psiquiátricos, que la negligencia y el abuso emocional en la infancia mostraban una relación con los diagnósticos de depresión.

**Cuadro 1**

*Resultados de salud asociados con las experiencias adversas en la infancia*

<b>Resultado</b>	<b>Adultos</b>	<b>Niños y Adolescentes</b>
Mental/ conductual/salud	Alcoholismo	Discriminación
	Ansiedad	Violencia entre pares
	Desorden Bipolar	Comportamiento Delictivo
	Depresión	Dificultades de aprendizaje
	Dificultad para controlar la ira	Lucha física
	Alucinaciones	Portar armas
	Alto estrés	
	Reacciones de pánico	
	Trastorno de estrés postraumático	
	Fumar	
Salud Física	Abuso de sustancias	
	Suicidio	
	Cualquier cáncer	Infección respiratoria Agudo inferior y superior
	Enfermedad autoinmune	Embarazo adolescente
	Enfermedad cardiovascular	Déficit de atención con trastorno de hiperactividad
	Enfermedad pulmonar crónica / crónica / bronquitis o enfisema	Asma
	Diabetes	Autismo
	Muerte temprana	Conjuntivitis
	Salud autocalificada justa o deficiente	Dermatitis y eccema
	Mala salud general	Enfermedad que requiere un doctor
	Dolores de cabeza	Enfermedad infecciosa intestinal
	Hepatitis o ictericia	Asma de por vida
	Enfermedad isquémica del corazón	Otitis media
	Obesidad	Sobrepeso u obesidad
	Infecciones de transmisión sexual	Mala salud dental
	Trastornos del sueño	Pobre salud general
	Fractura esquelética	Neumonía
Infarto	Infecciones del tracto urinario	
	Urticaria	
	Infecciones virales de un sitio no especificado	

Fuente: Bucci et al., 2016.

Hovens et al. (2012) también señala que las consecuencias graves y para toda la vida del abandono emocional en la psicopatología del adulto, no han sido muy reconocidas. La mayoría de los estudios se han centrado en las adversidades de la infancia, como el abuso sexual, el abuso físico y el abandono (físico). La negligencia emocional a menudo no se indaga específicamente y, por lo tanto, no se informa adecuadamente.

Especial atención merecen las diferencias por género respecto a este determinante. En México se ha documentado que la exposición a eventos violentos como factor de riesgo para la depresión o ansiedad tienen importantes variaciones por género: las mujeres presentan prevalencias más elevadas de abuso sexual, violencia física, violación, persecución y acoso; por su parte, los hombres experimentaron más atracos con arma y accidentes; también son testigos de muerte o lesiones a una persona, y sufren más secuestros; no obstante, la depresión se presentó en un 20% tanto de hombres como mujeres expuestos a dichos eventos (Medina-Mora et al., 2005). Sin embargo, a diferencia de las mujeres, la mayoría de los hombres no reconocen sus síntomas como una enfermedad por lo que buscan ayuda cuando sus cuadros ya son severos (Fleiz, 2016).

Del mismo modo es necesario reconocer que, aunque el riesgo de presentar o desarrollar depresión es mayor entre quienes han vivido adversidad crónica en la infancia, un importante número de personas muestra adaptación y resistencia a la adversidad. Por ejemplo, los estudios de resiliencia sugieren que los/as niños/as que tienen una relación positiva con un adulto cariñoso y significativo, resisten mejor la adversidad (McLaughlin, 2016). Por tanto, es conveniente considerar también aquellos factores del contexto y de la persona que puedan estar matizando esta relación.

#### *Prevalencia de experiencias adversas en la infancia*

Los datos del estudio ACE indicaron que casi dos tercios (63.5%) de los adultos tenían al menos una ACE y 12% tenían 4 o más adversidades (Anda et al., 2006; Felitti et al., 1998).

En una muestra más reciente y representativa a nivel nacional en diez estados de los Estados Unidos y en el Distrito de Columbia, Gilbert y colegas (2010) también encontraron que aproximadamente dos tercios de los adultos informaron al menos una adversidad de la vida temprana.

En México, se llevó a cabo un estudio sobre la exposición a adversidades en adolescentes. A través de una encuesta en la Ciudad de México y su área conurbada, se identificó que un 68% de los adolescentes han vivido al menos un tipo de adversidad infantil, mientras que casi el 7% han experimentado cuatro o más. El evento adverso más frecuente es la adversidad económica seguida de presenciar violencia doméstica. Los niños experimentan más descuido que las niñas, y las niñas experimentan más abusos sexuales que los niños. La adversidad infantil no se distribuye por igual. Las adversidades tienden a agruparse: los/as jóvenes expuestos/as a abuso de cualquier forma también informan haber sido testigos de violencia doméstica y patología mental de los padres; quienes que informan trastorno de sustancias parental también informan comportamiento criminal parental. El divorcio no se agrupa con las adversidades de la disfunción familiar; más bien, a menudo se informa junto con la adversidad económica. Por otro lado, los/as jóvenes cuyos padres han muerto o que han sufrido una enfermedad física grave, no necesariamente informan sobre otros tipos de adversidades adicionales (Benjet et al., 2009b).

En este mismo estudio se identificó que los adolescentes que abandonaron la escuela, aquellos cuyas madres tenían menos de 21 años cuando nació la persona encuestada, aquellos con tres o más hermanos y cuyos padres tienen niveles más bajos de educación, tienen una mayor probabilidad de haber sido expuestos a cualquier adversidad infantil crónica con *odds* que varían entre 1.24 y 1.85 (Benjet, 2009b).

En resumen, los eventos adversos en la vida de las personas son comunes y tiene un impacto significativo en la vulnerabilidad a la depresión. Además, los eventos vitales, tanto agudos como crónicos, desempeñan un papel fundamental en el desarrollo de este

trastorno de salud mental. Se requieren métodos más efectivos para medir el estrés ambiental y una mejor comprensión de los efectos acumulativos del estrés en la depresión. Para prevenir y abordar este problema de salud, es esencial comprender los posibles mecanismos psicológicos a través de los cuales el estrés contribuye a la depresión. Los modelos de diátesis-estrés ofrecen explicaciones plausibles de estos mecanismos. El próximo capítulo se centra en el papel de las estrategias de regulación emocional cognitivo-conductuales en la relación entre el estrés y la depresión.

## CAPÍTULO 3

# Regulación emocional ante el estrés: Estrategias cognitivas y conductuales

*Preocupado por una hoja, no verás el árbol*

*-Proverbio Zen-*

*Mira hacia el sol, pero no le des la espalda a la  
tormenta*

*-Proverbio Celta-*

### **CAPÍTULO 3. REGULACIÓN EMOCIONAL ANTE EL ESTRÉS: ESTRATEGIAS COGNITIVAS Y CONDUCTUALES**

En este capítulo se abordarán las estrategias de regulación emocional ante el estrés, como una propuesta inserta en la perspectiva de corte más “psicológico” del estrés con relación al desarrollo de la depresión. Los modelos propuestos desde esta perspectiva comienzan con la suposición explícita, a veces implícita, de que las reacciones depresivas (y los síntomas de ansiedad), son el producto de patrones de evaluación disfuncionales, debido a tendencias innatas y adquiridas de exagerar la amenaza, el fracaso y la pérdida, ante eventos negativos, inofensivos o neutrales. Estas interpretaciones engendran luego síndromes severos y duraderos debido a cambios neurobiológicos. También se ha planteado la hipótesis de que estos procesos disfuncionales impiden los procesos de "reparación" que permiten el retorno a los estados normales. Los eventos estresantes o adversos, por lo tanto, no son tan relevantes en tales perspectivas, como lo son los mecanismos cognitivos del estrés. En este trabajo se retoma esa perspectiva a través del marco de la regulación emocional.

#### **3.1 Revisión conceptual y delimitación de la regulación emocional**

La regulación emocional es un concepto que se ha utilizado para referirse en general a la gama de actividades que permiten al individuo monitorear, evaluar y modificar la naturaleza y curso de una respuesta emocional, para perseguir sus metas y responder a las demandas ambientales (Gross, 1998). Por su parte, Thompson (1994) entiende la regulación emocional como "todos los procesos extrínsecos e intrínsecos responsables de monitorear, evaluar y modificar las reacciones emocionales, especialmente sus características intensivas y temporales para lograr sus objetivos" (p. 27).

Años más tarde, estos dos autores brindaron una definición conjunta en la que señalan que la regulación emocional consiste *en los esfuerzos que hace el individuo, de manera consciente o inconsciente, para influir la intensidad y la duración de sus emociones*

*respecto del momento en que surgen, la experiencia que conllevan y su expresión* (Gross & Thompson, 2007). Estos autores proponen que la apreciación de la situación detonadora de la emoción es subjetiva, y depende de las características y experiencias de vida del individuo, de tal forma que incluyen diversos motivos por los que las emociones se desencadenan. Además, reconocen que se trata de un continuo, de tal manera que es posible regular las emociones antes, durante o después de su aparición. Asimismo, no limitan las estrategias de regulación a una ejecución correcta o incorrecta; más bien, señalan que todas son adaptativas en función de la persona y su contexto (Gross & Thompson, 2007).

Aunque la definición planteada por Gross y Thompson (2007) es una de las más aceptadas dadas su flexibilidad y globalidad para comprender el constructo, la regulación emocional es un objeto conceptual muy amplio que abarca muchos procesos. Por ejemplo, según *el propósito*, las emociones pueden regularse para alcanzar metas personales y/o sociales. La regulación emocional *individual o personal* hace referencia a los procesos regulatorios de las propias emociones, con el fin de modificarlas para alcanzar las metas y el bienestar individuales, al tiempo que, la regulación emocional *social* tiene que ver con los procesos de regulación dentro de un evento o situación social con el propósito de comunicarse con los otros, alcanzar metas colectivas o manejar las emociones de otros (Gómez & Calleja, 2016).

Con base en la *controlabilidad* de la estrategia para modificar la emoción, ésta puede ser *automática o propositiva*, además, en una misma emoción se puede hacer una regulación más automática primero y después regularla de manera propositiva (Kooze, 2009). Asimismo, la regulación puede diferenciarse en términos de la incorporación de *procesos y estrategias* neurofisiológicas, cognitivas, conductuales o sociales. A nivel *neurofisiológico* existen evidencias de estos procesos. Estudios de laboratorio han develado que la regulación emocional toma lugar al mismo tiempo que la corteza prefrontal "controla" la activación de la amígdala. Específicamente, la disminución voluntaria de las

emociones negativas se relaciona con cambios en la actividad neuronal en la amígdala (Silva et al., 2005). Es así como fisiológicamente, por ejemplo, las emociones son autorreguladas por un aumento en el pulso y la frecuencia cardíaca, la transpiración u otros concomitantes de excitación emocional.

Respecto del ámbito *conductual*, por ejemplo, los comportamientos de acercamiento o evitación respecto a la emoción como tal, o a los diferentes elicitadores emocionales, regulan la emoción, ya que pueden aumentar, disminuir o cambiar la experiencia emocional. Igualmente, las emociones pueden ser manejadas por una serie de *procesos cognitivos*, ya sean inconscientes, tales como procesos de atención selectiva o distorsiones de la memoria, así como por procesos cognitivos más conscientes, como culparse a sí mismo, culpar a otros, rumiar o pensar catastróficamente (“catastrofizar”) (Garnefski et al., 2001). Por otro lado, al regular las emociones incorporando a “los otros sociales”, por ejemplo, buscando el acceso a los recursos de apoyo interpersonal, se estaría hablando de una *regulación social* (Thompson & Calkins, 1996, en Garnefski et al., 2001).

Por lo tanto, la regulación de la emoción puede referirse a una amplia gama de procesos cognitivos, biológicos, sociales, de comportamiento, siendo demasiado complejo y amplio su abordaje simultáneo. Este trabajo aborda los componentes autorreguladores, conscientes y cognitivos-conductuales de la regulación emocional, por ser estos los más prometedores para abordarse en procesos terapéuticos, y porque brindan la posibilidad de hacer recomendaciones de intervenciones de corte psicosocial. Además, porque es relativamente más sencilla su observación y medición a través de las estrategias que la persona pone en práctica, y que pueden relacionarse empíricamente con variables del contexto, los estados de ánimo y la salud en general (Gross & John, 2003).

### 3.2 Regulación emocional vs. Afrontamiento

El concepto de regulación emocional cognitiva está estrechamente relacionado con el concepto de afrontamiento cognitivo. Garnefski y colaboradores (2001) consideran que las estrategias de afrontamiento definidas como los esfuerzos para hacer frente a las demandas internas y ambientales que exceden los recursos de la persona (Lazarus, 1993), son parte de la definición amplia de la regulación emocional. Asimismo, desde la tradición de las estrategias de afrontamiento, dos estilos de enfrentar se han identificado: aquel centrado en el problema, y el centrado en la emoción. Mientras que las estrategias de afrontamiento centradas en los problemas se refieren a los intentos de actuar sobre el factor estresante, el afrontamiento centrado en la emoción se refiere a los intentos de manejar las emociones asociadas con el factor estresante, estando éste asociado con la definición de las estrategias cognitivas de regulación.

Sin embargo, Garnefski y colaboradores (2001) reconocen que el abordaje desde las estrategias de afrontamiento tiene algunas desventajas. Por un lado, ambos tipos del afrontamiento incluyen una combinación de estrategias cognitivas y conductuales. Por lo tanto, el hecho de que en la mayoría de las medidas actuales las estrategias de afrontamiento se pueden llevar a cabo tanto a través de canales cognitivos o de comportamiento, resulta ser confuso. Como consecuencia, no se sabe mucho acerca de cómo los procesos cognitivos regulan las emociones y cómo estos pueden afectar el desarrollo emocional. Por otra parte, el hecho de que el afrontamiento centrado en el problema sea el que tradicionalmente se ha considerado una estrategia más eficaz y adaptativa (Lazarus, 1993), no considera que bajo ciertas condiciones, por ejemplo, en una situación en la que no se puede hacer nada útil para cambiar la situación, los esfuerzos de afrontamiento centrados en la emoción serían una mejor estrategia.

De esta manera, la teoría de la regulación de la emoción se basa en la suposición de que pensar y actuar se refieren a diferentes procesos y, por lo tanto, considera las estrategias cognitivas de una manera conceptualmente separada de las estrategias

conductuales. Es así como las estrategias cognitivas de regulación emocional pueden considerarse como el componente cognitivo del afrontamiento.

### 3.3 Estrategias cognitivas de regulación emocional

En términos generales, el ámbito cognitivo de la regulación emocional es entendido como la forma cognitiva de gestionar la entrada de información que resulta ser emocionalmente excitante (Thompson, 1991). Es un constructo que hace referencia a los estilos de procesamiento cognitivo implicados en la regulación emocional (Grierson et al., 2016). Específicamente, las estrategias cognitivas de regulación emocional se han estudiado en torno a cómo las personas regulan sus emociones por cogniciones o pensamientos durante o después de la experiencia de eventos amenazantes o estresantes (p. Ej., Garnefski et al., 2001; Garnefski et al., 2002). Las cogniciones permiten a las personas regular emociones y no quedar abrumados por ellas, por ejemplo, durante o después de la experiencia de eventos amenazantes o estresantes.

Garnefski y colaboradores (2001) han propuesto y evaluado nueve estrategias de regulación emocional, cada una de las cuales hacen referencia a lo que la persona piensa después de la experiencia de eventos de vida amenazantes o estresantes, estos incluyen:

1. *Autoculpa*, que hace referencia a los pensamientos de culparse por lo que ha experimentado. Un estilo atributivo de culparse a sí mismo está relacionado con la depresión y otras medidas de mala salud.
2. *Culpar a otros*, que incluye los pensamientos de poner la culpa de lo que han experimentado en otros. Esta estrategia se asocia con un bienestar emocional más pobre en comparación con los que usan estrategias como el renfoque positivo.
3. *Aceptación*, que considera pensamientos de aceptación de lo que se ha experimentado y de renuncia a lo que ha sucedido. Los autores señalan a la aceptación como una estrategia que tiene una relación moderadamente positiva

con la medida de optimismo y autoestima, y una relación negativa con medidas de ansiedad.

4. *Reenfocar en la planificación*, que se refiere a pensar qué pasos tomar y cómo manejar el evento negativo. Es la parte cognitiva del afrontamiento centrado en la acción, lo cual no implica automáticamente que el comportamiento real se siga. El uso de la "planificación" como una estrategia de afrontamiento, está positivamente relacionada con medidas de optimismo y autoestima, y negativamente con la ansiedad.
5. *Reenfoque positivo*, que alude al pensar en temas alegres y agradables en vez de pensar en el evento real. Se puede considerar que la reorientación de los pensamientos a cuestiones más positivas es una respuesta útil en el corto plazo, sin embargo, podría impedir el afrontamiento adaptativo para el largo plazo.
6. *La rumiación o el enfoque en pensamientos*, se refiere tener constantemente en mente los sentimientos y pensamientos asociados con el evento negativo. De acuerdo con los autores, el estilo de afrontamiento "rumiado" tiende a estar asociado con niveles más altos de depresión.
7. *Reevaluación positiva*, que comprende los pensamientos de asociar un significado positivo al evento en términos de crecimiento personal. El uso de la "reevaluación positiva" es una estrategia de afrontamiento positivamente relacionada con las medidas de optimismo y autoestima, y negativamente con la ansiedad.
8. *Poner en perspectiva*, que abarca los pensamientos de minimizar la gravedad del evento o enfatizar su relatividad en comparación con otros eventos. Se ha demostrado que el concepto de comparación es un tema importante en relación con diferentes tipos de psicopatología.
9. *Catastrofización* se refiere a los pensamientos que enfatizan explícitamente el terror de una experiencia. En general, un estilo catastrófico parece estar relacionado con la mala adaptación, la angustia emocional y la depresión.

Por su parte, Gross (1998) estudió dos estrategias de regulación emocional: la

reevaluación cognitiva de estímulos antecedentes y la supresión de la expresión voluntaria de la emoción, encontrando que ambos producían una disminución de la experiencia emocional; sin embargo, el segundo método provocaba un aumento de la activación fisiológica. La *reevaluación cognitiva* se refiere a un cambio cognitivo que ocurre antes de la generación de la emoción y que modifica el impacto emocional de la situación (por ejemplo, durante una discusión con un colega, viendo sus argumentos como un ofrecimiento de una nueva e interesante perspectiva, en lugar de interpretarlo como un ataque personal). Por su parte, la *supresión expresiva* implica la inhibición del comportamiento que expresa la emoción después de que se ha generado la respuesta emocional, es decir, controlar la respuesta somática de la emoción (por ejemplo, durante una discusión, mantenerse inexpresivo a pesar de sentirse muy enojado) (Cabello, Salguero, Fernández-Berrocal & Gross, 2012).

Otras de las estrategias propuestas son *la aceptación y la redistribución atencional*. La aceptación implica reconocer las emociones sin juzgarlas (Hayes et al., 1996) y la redistribución en desviar la atención de la persona hacia estímulos benignos para cambiar su estado de ánimo, por ejemplo, apartando la mirada de una escena aterradora (Eisenberg et al. 2010). El estudio de estas estrategias continúa y será necesario ampliar su revisión, así como analizar las implicaciones que éstas tienen en la salud mental de los individuos.

### **3.4 Estrategias conductuales de regulación emocional**

Las cogniciones y el comportamiento desempeñan un papel fundamental en el manejo de las emociones. Sin embargo, las mediciones al respecto, especialmente desde el estudio del afrontamiento, a menudo incluyen estrategias que pueden llevarse a cabo a través de canales cognitivos y conductuales (Garnefski, Kraaij & Spinhoven, 2002). Estos autores argumentaron que el afrontamiento cognitivo y conductual no debería tener una misma dimensión, ya que pensar y actuar son procesos diferentes que se utilizan en diferentes momentos del tiempo. Por lo tanto, como primer paso, desarrollaron un cuestionario (el

CERQ) para medir las estrategias cognitivas de afrontamiento, excluyendo la dimensión de las estrategias conductuales (Garnefski & Kraaij, 2001), pero recientemente desarrollaron el Behavioral Emotion Regulation Questionnaire (Kraaij & Garnefski, 2019), en el que incluyen el ámbito conductual. En el consideran cinco estrategias de regulación conductual:

1. Búsqueda de distracción, que se refiere a distraerse de las emociones haciendo otra cosa, para poder hacer frente a los eventos estresantes.
2. Retirada, relacionada al hecho de alejarse de las situaciones y personas para enfrentar el estresante evento.
3. Acercarse activamente, que hace referencia al comportamiento activo de uno mismo a lidiar con el evento estresante.
4. Buscar apoyo social, que refiere a compartir emociones activamente y pedir apoyo y consejo para hacer frente a los eventos estresantes.
5. Ignorar, dimensión relacionada a ignorar y comportarse como si nada hubiera sucedido con el fin de lidiar con el evento estresante.

Contar con información sobre las estrategias cognitivas y conductuales por separado puede ayudar a desarrollar programas de intervención cognitiva y conductual. Además, resulta relevante estudiar las relaciones entre afrontamiento cognitivo y conductual para aclarar su papel único o superpuesto en la adaptación a eventos estresantes. Estudios anteriores ya mostraron que las estrategias de afrontamiento conductual desempeñan un papel importante en la relación entre los eventos estresantes y el bienestar. En un metaanálisis, Kato (2015) encontró que el afrontamiento activo y la búsqueda de apoyo social estaban significativamente relacionados con un mayor nivel de bienestar. Además, la desconexión conductual se relacionó significativamente con niveles más bajos de bienestar.

Otro estudio de revisión informó que la distracción es una estrategia efectiva para enfrentar los eventos negativos de la vida (Joormann & Stanton, 2016). Sin embargo, estos estudios no incluyeron medidas de afrontamiento que fueran puramente conductuales. Los cuestionarios de autorregulación (provenientes de investigaciones sobre la teoría de la

autodeterminación) se centran en la planificación, la orientación y el seguimiento de la conducta (Neal & Carey, 2005). Si bien estas medidas son valiosas cuando se estudia el cambio de comportamiento para alcanzar los objetivos, no se están enfocando en un proceso controlado para responder al estrés de una manera conductual.

### **3.5 Estrategias de regulación emocional y sus implicaciones en la sintomatología depresiva**

A lo largo de los años, diversos modelos teóricos han clasificado diferentes estrategias de regulación de emociones como adaptativas o no adaptativas (Aldao et al., 2010). Dichas perspectivas sugieren que la psicopatología puede presentarse debido a la incapacidad para regular las emociones negativas mediante estrategias como la reevaluación, aceptación, resolución de problemas o atención y la redistribución (Aldao et al., 2010; Gross, 1998). Esto conduce a que las emociones negativas sean más incontrolables, severas y crónicas, facilitando el desarrollo de alguna psicopatología (Gross & John, 2003).

En consonancia con estas teorías, se ha demostrado que las dificultades en la reevaluación, la aceptación, la resolución de problemas o la redistribución atencional están relacionadas con niveles elevados de depresión, ansiedad, consumo de alcohol y síntomas de trastorno límite de la personalidad (Roemer et al., 2008). En un metaanálisis, Aldao y colaboradores (2010) examinaron las relaciones entre seis estrategias de regulación emocional: aceptación, prevención, resolución de problemas, reevaluación, rumiación y supresión; y los trastornos de ansiedad, depresión, alimentación, y los relacionados con sustancias, encontrando un gran tamaño del efecto para la rumiación, de medianos a grandes para la evitación, la resolución de problemas y la supresión, y de pequeños a medianos para la reevaluación y la aceptación.

La rumiación, definida como una atención perseverante sobre las emociones negativas, sus causas y consecuencias, predice prospectivamente los síntomas y los diagnósticos de la depresión mayor (Aldao et al., 2010). También se ha demostrado que la

rumiación predice síntomas de ansiedad (Fresco et al., 2002) y un aumento en el abuso de sustancias (Skitch & Abela 2008).

De acuerdo con un análisis realizado por Berkin y Wupperman (2012), diversos estudios muestran que los individuos deprimidos tienen dificultades para utilizar estrategias de regulación emocional adaptativa (p.e., aceptar emociones negativas) y responden a la inducción negativa del humor con estrategias de regulación emocional menos eficaces (p.e., supresión) que los individuos no deprimidos. Estos resultados se encontraron tanto en población general, como en muestras clínicas y comparaciones entre ellas. Por lo tanto, existe evidencia sustancial de que las dificultades en la regulación emocional, particularmente las tendencias a usar la rumiación, la evitación o la supresión, están asociadas con la depresión, ansiedad y con los trastornos por consumo de alcohol, especialmente en hombres (Nolen-Hoeksema, 2012). En otro estudio realizado en población latina en Estados Unidos que acude a centros de salud, se observó que tanto la gravedad del dolor físico como la desregulación de la emoción fueron predictores significativos de los síntomas depresivos en esta población, al tiempo que la gravedad del dolor fue un predictor significativo de síntomas ansiosos (Paulus et al., 2016).

Por otro lado, también se ha propuesto que la regulación emocional puede explicar algunas de las asociaciones entre enfermedad física y mental. Por ejemplo, en un estudio realizado en pacientes con diabetes sobre la proteína c reactiva, un marcador de inflamación sistémica asociado con el trastorno depresivo mayor y trastorno de estrés postraumático, se observó que la desregulación emocional estaba asociada significativamente con mayores cantidades de la proteína c reactiva, independiente del índice de masa corporal, la exposición al trauma y el trastorno depresivo mayor. Estos hallazgos sugieren que la desregulación emocional puede ser un factor de riesgo importante para la inflamación crónica, más allá de otros factores como lo es la depresión (Powers et al., 2016).

Aunque estas evidencias demuestran la importancia de las estrategias de regulación emocional en la configuración y manejo de la depresión y otros problemas de salud, pocas investigaciones en esta área han integrado su estudio al de las experiencias adversas en la infancia u otros factores psicosociales. Desde la salud pública, el estudio ACE y otras investigaciones han proporcionado un marco útil para visualizar el impacto de las adversidades para la salud en el largo plazo y han hablado de las implicaciones de sus resultados en las políticas de salud pública. Su contribución es crítica en términos de aclarar el impacto que una situación “social y prevenible” tiene sobre la salud de la población. Sin embargo, existen pocas políticas públicas y servicios de prevención y tratamiento que se basen en el conocimiento del impacto de las adversidades. Esto, debido a que se trata las consecuencias de las adversidades de manera fragmentada, pero no de una manera global que tenga en cuenta las consecuencias subyacentes de éstas. Un enfoque integral, que considere la influencia de eventos adversos psicosociales y los mecanismos cognitivos y conductuales para su regulación, introduce la oportunidad de una respuesta más completa e incluyente.

Las conceptualizaciones actuales de la regulación emocional estipulan que este proceso toma lugar cuando los organismos interactúan con su entorno y experimentan el afecto, quienes, a su vez, buscan regularla para producir las respuestas necesarias a los desafíos y demandas ambientales (Koole, 2009). Por lo tanto, se trata de un mecanismo que articula y media el funcionamiento del individuo como respuesta a las demandas que plantea el contexto, de ahí parte de su potencial para explicar relación entre factores de corte psicosocial y diferentes problemas de salud física y mental (Aldao, Gee, De Los & Seager, 2016). Por tanto, es necesario contar con un modelo que integre estos factores y permita unificar estudio.

Una de las teorías que brinda una hipótesis plausible de los mecanismos mediadores e integra la influencia de los eventos adversos en la infancia, estresores del contexto y de factores psicológicos (como la regulación emocional), viene desde la aproximación

psicológica de la teoría cognitiva, corriente desde la cual surge también la propuesta de las estrategias cognitivas de regulación emocional. Esta aproximación propone que hay determinados factores de vulnerabilidad (cognitiva), que en su interacción con sucesos estresantes y del contexto, aumentan la probabilidad de aparición de síntomas de depresión. En la siguiente sección se ahonda sobre este abordaje.

## CAPÍTULO 4

# Hacia un modelo de diátesis-estrés de la sintomatología depresiva: la función la regulación emocional

*Cuando corro tras lo que creo que quiero, mis días  
son un horno de estrés y ansiedad. Si me siento en  
mi propio lugar de paciencia, lo que necesito fluye  
hacia mí y sin dolor.*

*Ahora es el momento de unir al alma y el  
mundo. Ahora es el momento de ver la luz del sol  
y las tinieblas como una.*

*-Rumi-*

## **CAPÍTULO 4. HACIA UN MODELO DE DIÁTESIS-ESTRÉS DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA: LA FUNCIÓN LA REGULACIÓN EMOCIONAL**

Los eventos estresantes pueden ser precipitantes de episodios depresivos y pueden exacerbar de problemas emocionales y conductuales, pero comúnmente son ignorados en favor de otros factores de riesgo y mecanismos genéticos y neurobiológicos, o medidos de manera deficiente como se expuso en el capítulo 2. Necesitamos proponer modelos desde la salud mental pública, que planteen posibles mecanismos explicativos sobre la influencia de eventos estresantes o ambientales y los resultados en salud, en este caso sobre la depresión. Asimismo, requerimos identificar el impacto de estresores específicos y sus mecanismos de acción. La mayoría de los estudios han analizado por separado los efectos de adversidad infantil y los estresores actuales, pasando por alto la posible interacción entre ellos y su contribución en la configuración de la depresión (Hammen, 2016). Por lo tanto, en el presente apartado se analizan algunos modelos teóricos, y se proponen tres mecanismos hipotéticos sobre cómo las EAI y el estrés actual pueden relacionarse conjuntamente con los síntomas depresivos durante la juventud.

### **4.1 Modelos de diátesis-estrés de la relación ambientes estresantes-depresión**

La mayor parte de la investigación empírica sobre factores psicológicos de riesgo asociados a la depresión procede de modelos o aproximaciones cognitivas, las cuales básicamente proponen que hay determinados factores de vulnerabilidad (diátesis cognitiva) que en su interacción con sucesos estresantes aumentan la probabilidad de aparición de síntomas de depresión. Hay una amplia cantidad de literatura sobre la asociación entre factores cognitivos (por ejemplo, atribuciones causales, pensamientos irracionales, sesgos de memoria y atencionales, estrategias de afrontamiento, ente otros) y el estado de ánimo deprimido (Hammen, 2006), pero evidentemente la gran dificultad, como en cualquier otro modelo etiológico, es establecer la relación de esos factores con la depresión.

Un elemento que sugiere causalidad es el orden temporal de aparición. Por definición, los modelos cognitivos de la depresión plantean que los factores de diátesis cognitivos preceden el inicio del trastorno depresivo y hay evidencias indicadoras de esto (Ingram, 2003; Scher et al., 2005), tanto en estresores temporalmente próximos como distales en el tiempo. Por ejemplo, la presencia de estrategias de regulación emocional desadaptativas, atribuciones negativas y una autoestima baja y/o inestable son predictoras de un estado de ánimo negativo tras sufrir una situación estresante (Nymoén, 2016).

Otra importante fuente indirecta de apoyo a los modelos cognitivos es la eficacia de las terapias cognitivo-conductuales (TCC) en el manejo de la depresión. Multitud de estudios controlados aleatorizados y de metaanálisis (Butler et al., 2006; Gartlehner et al., 2017) ponen de manifiesto que la TCC es un método eficaz, y al menos tan efectivo como las terapias con psicofármacos al final del tratamiento. Esta eficacia se ha demostrado en ámbitos de atención primaria (Merrill, Tolbert & Wade, 2003; Zhang et al., 2020), en pacientes con depresión moderada y grave (Cuijpers et al., 2007; Zakhour et al., 2020) y, además, de resultar un tratamiento eficiente en términos de costos y funcionamiento en contextos clínicos reales (Hollon et al., 2005), y a distancia mediante estrategias de tele salud (Christ et al., 2020).

Aunque la eficacia de una terapia no es argumento decisivo para comprobar la bondad del modelo etiológico subyacente, es importante subrayar los consistentes buenos resultados de una terapia cuyo objetivo es cambiar estilos cognitivos negativos (por ejemplo, estilos de pensamiento). Más aún importante, en el contexto de la causalidad de las cogniciones, es que la TCC parece reducir más el riesgo de recaídas y recurrencias en comparación con las terapias farmacológicas (Hollon et al., 2005).

*El modelo cognitivo de Aaron Beck*

El modelo de Aaron T. Beck (1967; 1976) es probablemente el modelo de diátesis-estrés más conocido dentro de la tradición de la psicología cognitivo-conductual. Desde el punto de vista temporal, el modelo cognitivo de Beck propone una cadena de elementos causales. El primero de los eslabones lo constituirían las experiencias negativas tempranas. Fruto de esas experiencias, se generarían los esquemas y actitudes disfuncionales (estructuras cognitivas relativamente permanentes organizadas a través de la experiencia previa y que permiten percibir, codificar y evaluar el rango total de estimulación interna y externa y decidir el curso de acción subsiguiente). Estos esquemas pueden ser, según su nivel de activación, explícitos y fácilmente detectables, o bien latentes, en cuyo caso no se manifestarían verbalmente. Los esquemas y las experiencias tempranas serían las causas más distantes (Figura 3). En esta línea, hay abundante investigación que muestra que factores como la adversidad en la infancia (sobre la cual se ahondó en el capítulo 2), es un factor de riesgo para la depresión (Liang, et al., 2012; McLaughlin, 2016). Las causas próximas serían acontecimientos críticos, los cuales activarían de nuevo los esquemas disfuncionales y como fruto de ello, aparecerían los sesgos de procesamiento. En consecuencia, surgirían los productos mentales negativos sesgados, también llamados pensamientos negativos, los cuales conforman la llamada triada cognitiva negativa, que manifiestan una visión negativa de uno mismo, del mundo, y del futuro, que sería el precursor inmediato de la depresión (figura 3).

**Figura 3**

Modelo cognitivo de la depresión de Beck



*Nota.* Adaptada de Vázquez et al., 2010.

Los modelos cognitivos en general ponen el énfasis en que, ante los mismos acontecimientos, las variables que determinan que algunas personas se depriman y otras no, están relacionadas con la forma de procesar la información. Aunque el papel otorgado a diferentes tipos de cogniciones difiere algo según los modelos, todos comparten una serie de características. Todos coinciden en que los sesgos cognitivos (de memoria, de atribuciones causales, atencionales, o de interpretación de la realidad) son un elemento fundamental que favorece la aparición y el mantenimiento de episodios depresivos. Un segundo elemento compartido es que se consideran que hay vías sociales y del contexto que conducen a la depresión, característica que los hace compatibles con modelos psicosociales basados en investigaciones empíricas, y con otros enfoques de corte más social. En tercer lugar, todos estos modelos son de vulnerabilidad-estrés: se plantea que hay ciertos factores cognitivos de vulnerabilidad que solo se activan y eventualmente pueden conducir a la aparición de una depresión, cuando acontecen sucesos estresantes que son congruentes con esas vulnerabilidades (Hammen, 2006; Vázquez et al, 2008).

#### **4.2 Necesidad de nuevos modelos explicativos**

Los modelos de diátesis (vulnerabilidad) cognitiva y estrés actualmente se están moviendo hacia desarrollos más complejos. La investigación sobre *el estrés y los factores cognitivos clave* están siendo sometidos a algunas revisiones.

El *estrés* ha sido reconocido como factor clave en muchos modelos explicativos de la depresión, sin embargo, su definición y medida han implicado varios retos. Actualmente en muchas investigaciones empíricas se le ha categorizado como “eventos adversos”, “sucesos vitales”, etc., tal como se revisó en el capítulo 2 de este documento, haciendo referencia a los eventos o sucesos que pueden generar estrés. Ingram, Miranda y Segal (1998) sugieren definirlos como los “sucesos vitales (mayores o menores) que alteran los mecanismos mantenedores de la estabilidad cognitiva, emocional, fisiológica del individuo, desafiando sus recursos de afrontamiento” (p.76). Así pues, la propia definición alude a la

vulnerabilidad de la persona y no solo a los eventos como tales, lo que implica dificultades para una delimitación clara entre vulnerabilidad y estrés. Estas dificultades constituyen en la actualidad un aspecto a investigar, los cuales pueden ser abordados en el marco de modelos que consideran una visión dinámica y transaccional de la vulnerabilidad y el estrés (Hammen, 2006), como lo es por ejemplo, el modelo transaccional del estrés de Lazarus y Folkman (1984 en Lazarus, 1993).

Además, el estudio del estrés se ha enriquecido a partir de la consideración de conceptos como el estresores crónicos, el efecto acumulativo de estresores, y la distinción entre estrés “independiente de la persona” y estrés “dependiente de la persona”, entre otros (Vázquez et al, 2008). La mayoría de la literatura empírica sobre la relación entre estrés y depresión se ha centrado en estresores episódicos, de contenido negativo o indeseable, llegando a la conclusión de que tanto el número como la gravedad del estresor se relacionan con el inicio de un episodio depresivo (Hammen, 2005). Sin embargo, aunque se suele hablar de “estresor” en sentido singular, hay evidencia que sugiere que los estresores de baja intensidad, pero crónicos, son más prevalentes que los estresores mayores y pueden tener una mayor capacidad explicativa en los trastornos del estado de ánimo. Es así como considerando el papel de los estresores crónicos, adquiere sentido el que factores como la pobreza, la falta de educación, etc. contribuyan de un modo importante también a incrementar la probabilidad de presentar sintomatología depresiva (Vázquez et al, 2008).

Asimismo, es necesario que estos modelos consideren la influencia de factores que puedan atenuar el efecto de estos estresores. Se ha estudiado, por ejemplo, el efecto protector del apoyo social ante el estrés. Al respecto, se ha identificado que los eventos vitales junto con la carencia de apoyo social tienen un efecto sobre la severidad de los síntomas depresivos (Lara et al., 2004). El apoyo social es un constructo amplio que se suele definir según los propósitos de cada estudio. Éste puede referirse al número o densidad de la red social de apoyo, a la calidad de ésta, a la percepción subjetiva respecto de que ciertas

conductas, pudiendo hacer referencia a aspectos emocionales o a instrumentales. En este sentido, se ha visto que un solo confidente es suficiente para modular los efectos del estrés (Moskowitz et al., 2012).

Por otro lado, la mayor parte de los estudios sobre factores cognitivos se han centrado en el papel que pueden tener factores de vulnerabilidad, como los son las atribuciones causales o los esquemas interpretativos negativos. Sin embargo, a partir de los años 90's comenzaron a surgir estudios sobre el papel no tanto de los contenidos cognitivos (por ejemplo, de las atribuciones causales), sino del papel que diferentes modos de procesamiento y estilos de respuesta de persona como elementos etiológicos en la patología depresiva. En esa década aparecieron una gran cantidad de artículos teóricos que trataban de explicar el papel de los procesos cognitivos en los trastornos emocionales, cómo estos podrían ser modificados por la terapia cognitiva, y la interdependencia del desarrollo cognitivo y emocional durante la infancia (Rothermund & Koole, 2018).

Entre el 2000 y el 2007, la investigación en el área comenzó a perfilarse al estudio de procesos más cotidianos, paso importante en el establecimiento y la consolidación de un abordaje más empírico. En lugar de discutir las mismas grandes preguntas una y otra vez, éstas se dividieron sucesivamente en preguntas más específicas tratables para la investigación empírica, evaluándose, por ejemplo, las influencias específicas de la emoción sobre el juicio y la elección. Del 2008 al 2017, las publicaciones en torno a la cognición y el estrés aumentaron considerablemente, y se hizo evidente la atención a la regulación emocional, y aunque podría decirse que ha sido parte de la agenda de la investigación cognitiva desde el principio, la pugna en torno a la distinción entre la generación de emociones y la regulación retrasó la investigación en el área.

A partir de los trabajos de Gross (1998; 2003; 2007), hubo un renovado interés en el tema, ya que definió un nuevo enfoque sistemático para el estudio de las estrategias de regulación emocional. Asimismo, se renovó el interés de abordar los cambios de la

regulación emocional a lo largo del desarrollo humano. Esta tendencia ha vinculado la investigación sobre la emoción con los campos relacionados de la regulación, el afrontamiento y el desarrollo (Rothermund & Koole, 2018). Es precisamente en esta área donde se inserta el estudio de las estrategias de regulación emocional, las cuales se analizarán en el presente trabajo.

En los siguientes años se prevé que las investigaciones se dirijan a mejorar la comprensión de la regulación emocional en las poblaciones “normales”, así como para las personas que sufren de psicopatología. Continúa el desafío de mejorar los paradigmas centrales de investigación en cognición y emoción (Rothermund & Koole, 2018). La investigación cognitiva y emocional ha alcanzado la etapa, en la que se están desarrollado una serie de paradigmas de investigación que producen efectos sólidos y confiables. Aun así, algunas de estas medidas no se comprenden perfectamente, por lo que se necesita más investigación sobre los factores que la influyen y los procesos subyacentes. El presente trabajo justamente buscó mejorar el entendimiento de la relación con estrategias específicas de regulación (cognitivo y conductuales) y los eventos o estresores particulares y sus características, que facilitan su uso.

### **4.3 Entendiendo los posibles mecanismos de impacto de los eventos adversos en la infancia**

A pesar de la relación bien establecida entre la adversidad en la infancia y la depresión, el mecanismo específico en la relación subyacente todavía no está muy claro. Investigaciones prometedoras sugieren que la respuesta al estrés fisiológico juega un papel crítico en el desarrollo de los resultados de salud en general, y la depresión en particular. Se sabe que la primera infancia y la adolescencia son períodos sensibles de desarrollo durante los cuales los sistemas biológicos se moldean fácilmente tanto por influencias externas positivas como negativas. El conjunto actual de datos sugiere que una respuesta desadaptativa al estrés durante la infancia, conocida como respuesta al estrés “tóxico”, juega un papel importante

en la vía desde la adversidad temprana hasta la enfermedad (Bucci et al., 2016; McLaughlin et al., 2016).

Se ha observado que, si la exposición a un factor estresante tiene un límite de tiempo o si el individuo tiene mecanismos de adaptación adecuados, los procesos alostáticos pueden facilitar una respuesta de estrés adaptativo y devolver el organismo a la homeostasis. En cambio, la exposición prolongada o severa a un estresor, puede causar una desregulación en el circuito inmunitario neuroendocrino, dañando la retroalimentación de inhibición y los mecanismos de regulación y creando una respuesta de estrés desadaptativa. Esta respuesta desadaptativa puede producir un exceso o deficiencia de hormonas y neurotransmisores inducidos por el estrés que, cuando se experimentan durante períodos sensibles de desarrollo en la infancia, pueden incorporarse en los sistemas biológicos en desarrollo. Esta disponibilidad alterada de hormonas y neurotransmisores induce cambios duraderos que afectan a múltiples sistemas de órganos y funciones, incluida la arquitectura del cerebro, la regulación del sistema endocrino y la respuesta inmune (McLaughlin, 2016). Las alteraciones de los sistemas multiorgánicos, junto con la vulnerabilidad genética y la regulación epigenética, colocan al individuo en riesgo de tener resultados negativos en la salud física, mental y del comportamiento hasta la edad adulta (Bucci et al., 2016).

Los avances logrados desde la biomedicina han proporcionado evidencia de la relación compleja entre el entorno social, el desarrollo infantil y los resultados de salud para el largo plazo. Estos avances han permitido identificar que aunque influenciado por la variabilidad genética y factores protectores sociales y biológicos, la adversidad de la vida temprana parece actuar sobre el organismo como un factor estresante. La exposición a adversidades graves, frecuentes y/o prolongadas, durante períodos sensibles de desarrollo sin factores de protección adecuados (por ejemplo, cuidados de apoyo), puede provocar cambios duraderos en la regulación de la respuesta al estrés.

Estas investigaciones han sido fundamentales para perfilar el rumbo del entendimiento de los mecanismos mediadores, sin embargo, las ciencias del comportamiento parecen haberse quedado un paso atrás respecto de la propuesta de investigaciones o marcos explicativos de la relación adversidad-depresión. Actualmente, la mayoría de las investigaciones sobre los mecanismos mediadores provienen principalmente de las neurociencias, y las que se han realizados desde enfoques psicológicos o sociales, se han centrado principalmente en el estudio de las consecuencias de alguno de los tipos de experiencias adversas -como la muerte de un padre, el divorcio, el abuso sexual o la pobreza- llegando incluso a desarrollarse cada uno de estos temas como líneas de investigación relativamente independientes, y han considerado poco los posibles factores mediadores.

El conocimiento de los mecanismos que vinculan las adversidades en la infancia con la aparición de depresión, y si esos mecanismos son generales o específicos de determinados tipos de adversidad, es incipiente, no obstante, una de las propuestas que desde la psicología se han comenzado a evaluar, es la regulación emocional.

Se sabe que una de las consecuencias de la exposición a estresores en la infancia, son los problemas en la regulación de las emociones. Estudios han sugerido que la capacidad de regulación emocional se desarrolla en la primera infancia en el contexto de los intercambios emocionales interpersonales (Cole et al., 2004), por lo que la vivencia de eventos adversos, especialmente aquella que se da de manera repetida y con los cuidadores primarios, interfiere con la adquisición de las habilidades apropiadas de regulación emocional (Cicchetti & Rogosch, 2009). Esto propicia el desarrollo y mantenimiento de estrategias de regulación “desadaptativas”, que a su vez facilitan la aparición de la depresión y otros trastornos mentales en la etapa adulta (Berking Wupperman, 2012).

#### **4.4 Las estrategias de regulación del estrés como posibles mediadores**

En conjunto, los estudios indican que la exposición al trauma está vinculada con un patrón persistente de procesamiento de la información que involucra una atención sesgada hacia las amenazas potenciales en el ambiente, una mayor respuesta neural y subjetiva a señales emocionales negativas y un patrón de sistema nervioso autónomo reactivado consistente con una mayor percepción de la amenaza. Esta mayor reactividad a señales emocionales negativas puede hacer más difícil para los niños que han estado expuestos a entornos amenazantes, regular sus respuestas emocionales (McLaughlin, 2016). Este patrón sugiere que los intentos de modular las respuestas emocionales a las señales negativas requieren más recursos cognitivos en las personas con historias de abuso, que en las que no tiene dichos antecedentes (Nolen-Hoeksema, Wisco & Lyubomirsky, 2008).

Además de las alteraciones en los patrones de reactividad emocional a señales ambientales, los eventos adversos en etapas tempranas se han asociado con patrones para responder al estrés. Por ejemplo, la exposición a ambientes amenazantes en la infancia se asocia con el compromiso habitual a la rumiación, estilo de respuesta caracterizado por un enfoque pasivo y repetitivo sobre los sentimientos, sus causas y consecuencias, sin intentar resolver activamente el problema, la cual a su vez se ha asociado con la presencia de depresión en la adultez (Huh et al., 2017). En otro estudio se identificó a la rumiación como mediador clave en la relación entre el trauma infantil-síntomas de depresión en población no clínica, siendo más fuerte la asociación en población femenina (Kim et al., 2017).

Por otro lado, también se ha reportado que el trauma de la niñez, especialmente el trauma interpersonal repetido entre el cuidador y el niño/a, interfiere con la adquisición de las habilidades apropiadas de regulación emocional (Cicchetti & Rogosch, 2009). Un estudio identificó que niñas sobrevivientes de abuso sexual presentan dificultades para entender y regular sus emociones (Shipman et al., 2000). También esperaban menos apoyo de otros y tenía más problemas interpersonales y estados emocionales negativos. En otro estudio se reportó que los niños/a desatendidos, tienen una capacidad disminuida de comprender las

emociones negativas y de regularlas, ya que esperaban que los cuidadores respondieran negativamente a sus emociones, y suprimían su expresión (Shipman et al., 2005). Estos resultados muestran que los diferentes tipos de maltrato infantil pueden causar varios patrones de déficit o dificultades para comprender y regular las emociones.

A pesar de estos hallazgos, aún es poco claro cómo distintos tipos de eventos adversos en la infancia influyen diferencialmente en el uso de determinadas estrategias de regulación emocional, y a su vez en la presentación de síntomas depresivos. Asimismo, gran parte del trabajo existente se enfoca en la adversidad infantil y la respuesta emocional desadaptativa, sin embargo, es necesario identificar también aquellas estrategias de regulación emocional que pueden ser más adaptativas y estar vinculados a procesos de resiliencia.

#### **4.5 Tres modelos posibles: Generación, acumulación y sensibilización del estrés**

##### *4.5.1 Modelo de generación de estrés*

En la propuesta de este modelo se sugiere que el estrés en la infancia predispone a las personas a experimentar un mayor estrés en la edad adulta y esta exposición posterior, explica en gran medida los síntomas depresivos (por ejemplo, Hammen, 2016). En resumen, se esperaría que los efectos de la adversidad infantil se manifiestan principalmente a través del estrés actual. Esto puede ocurrir de varias formas.

En primer lugar, la continuidad ambiental es la norma más que la excepción para la mayoría de las personas; por ejemplo, las revisiones de estudios epidemiológicos existentes sugieren que el nivel socioeconómico bajo en la vida temprana se asocia con ingresos, logros educativos y prestigio ocupacional más bajos en los adultos. En segundo lugar, las experiencias adversas de la niñez como el maltrato, el caos familiar y la pobreza pueden inculcar estrategias de regulación emocional hacia la amenaza de manera que incluso los estímulos ambiguos se interpretan como peligrosos (Chen, Cohen & Miller, 2010), y los

estímulos amenazantes reciben más recursos de atención (Shackman, Shackman & Pollak, 2007), agravando los niveles de ansiedad y estrés a lo largo de la vida. El estrés de la vida temprana se ha relacionado de manera similar con habilidades de autorregulación más deficientes (Blair & Raver, 2012), así como con un menor acceso al apoyo de las relaciones cercanas en la edad adulta (Fagundes et al., 2011), que puede dejar a las personas más vulnerables al estrés que pone a prueba su capacidad de afrontamiento. Además, en el ámbito del trauma, se ha documentado que las personas que experimentan un trauma en la infancia, tienen una probabilidad superior a la media de volver a exponerse a eventos traumáticos en la adolescencia o la edad adulta, y algunos de estos incidentes se ven facilitados por la exposición continua a entornos violentos o por los patrones conductuales, emocionales y cognitivos depresivos o ansiosos de los sobrevivientes (Widom, Czaja & Dutton, 2008). En conjunto, todas estas influencias aumentan las probabilidades de que la adversidad infantil pueda generar estrés en etapas posteriores directo o indirectamente, lo que respalda el supuesto principal de este modelo teórico.

#### *4.5.2 Modelo de acumulación de estrés*

Es probable que haya vías adicionales que relacionen la adversidad temprana y la posterior presencia de sintomatología depresiva. De hecho, existe una creciente evidencia de que, incluso después de controlar los estresores actuales en los adultos, la exposición infantil a la adversidad explica porciones únicas de variabilidad en los resultados de salud (Miller et al., 2013). Tales patrones sugieren que los factores estresantes de la vida temprana y posterior pueden tener contribuciones independientes y aditivas a la depresión.

Una explicación parsimoniosa de estos hallazgos sería el modelo de acumulación de estrés, que considera que los factores estresantes tienen influencias aditivas en la salud posterior (Evans, Li & Whipple, 2013). La acumulación de adversidad a lo largo del tiempo explicaría los gradientes en la salud basados en la exposición total al estrés. En apoyo de esta propuesta, en una revisión Pollitt et al. (2005) identificó que una mayor duración de la exposición total a un nivel socioeconómico bajo y experiencias negativas en cualquier etapa

de la vida, se relaciona con resultados más pobres en salud. Por ejemplo, se ha observado que esta exposición acumulada al estrés para aquellos que experimentan un nivel socioeconómico bajo afecta muchos sistemas fisiológicos, lo que lleva a un "desgaste" acumulativo en el organismo, un envejecimiento acelerado y, en última instancia, a procesos de enfermedad heterogéneos (Seeman, Epel, Gruenewald, Karlamangla & McEwen, 2010), dentro de los cuales se podrían incluir la depresión.

Una suposición clave del modelo de acumulación de estrés es que los factores de estrés se combinan de forma aditiva, es decir, no tienen efectos interactivos o multiplicativos. Existe alguna evidencia que respalda esta suposición. Por ejemplo, un estudio encontró una relación lineal dosis-respuesta entre la cantidad de adversidades experimentadas antes de los 18 años y la prevalencia de afecciones relevantes para la salud como la obesidad o la cantidad de afecciones mentales comórbidas en la edad adulta (Anda et al., 2006; Felitti et al., 1998). Sin embargo, este patrón lineal y aditivo no se encontró con respecto a la prevalencia de algunas otras condiciones de salud (por ejemplo, accidente cerebrovascular, cáncer) (Felitti et al., 1998). Se necesita más investigación para identificar estos patrones basados en la adversidad experimentada después de los 18 años y a lo largo de la vida, dada la posibilidad de efectos interactivos entre los factores estresantes de la niñez y la edad adulta, que son sugeridos por el siguiente modelo propuesto.

#### *4.5.3 Modelo de sensibilización al estrés*

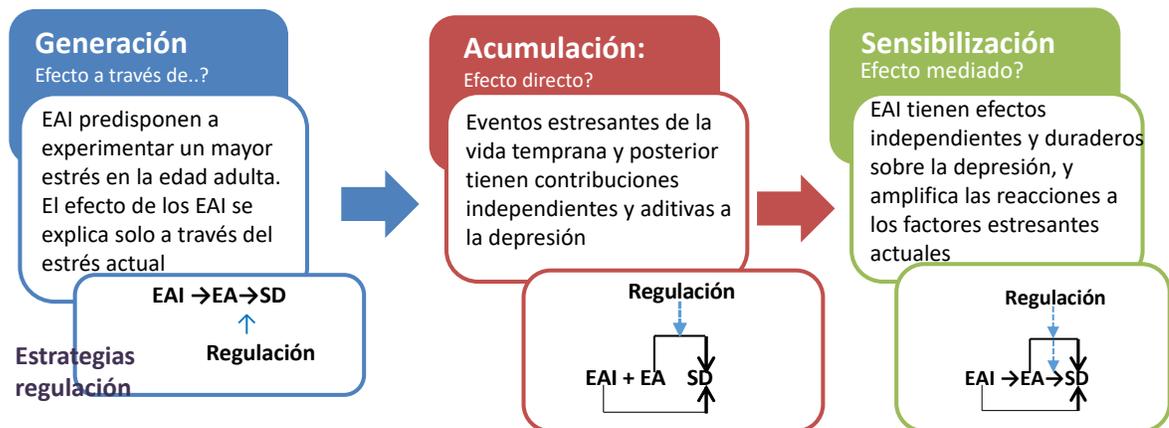
En contraste con el modelo de generación de estrés, que propone que la mayoría de los efectos de la experiencia temprana operan a través de la exposición adulta a estresores, el modelo de sensibilización en la vida temprana postula un papel independiente y privilegiado para el desarrollo temprano como un período en el que el organismo está más susceptible a eventos adversos. La hipótesis es que los factores ambientales tempranos moldean el riesgo posterior de enfermedad porque actúan durante períodos de mayor plasticidad y maduración estructural o funcional en muchos órganos y sistemas. Se cree que

este tipo de "programación" biológica se lleva a cabo moldeando permanentemente la fisiología del organismo de una manera que magnifica la vulnerabilidad a enfermedades posteriores.

Cuando se aplica en el contexto actual, el modelo de sensibilización al estrés en la vida temprana predeciría que las experiencias adversas de la niñez no solo tendrían efectos independientes y duraderos sobre el funcionamiento del estrés y la sintomatología depresiva, sino que también amplificarían las reacciones a los factores estresantes encontrados más adelante en la vida. Es decir, habría efectos sinérgicos entre la adversidad temprana y la posterior, además de efectos directos sobre la depresión. Existe alguna evidencia de que el estrés de la vida temprana puede moldear los circuitos cerebrales y la fisiología periférica de maneras que se asocian con alteraciones en el funcionamiento del eje hipotalámico-pituitario-adrenocortical (HPA) y el sistema simpático-adreno-medular en la edad adulta (Gunnar & Quevedo, 2007; Lupien, McEwen, Gunnar & Heim, 2009). Sin embargo, no está claro si estas asociaciones son independientes de la exposición al estrés de los adultos, y si los factores estresantes tempranos y tardíos tienen influencias independientes *versus* superpuestas y / o interactivas. (Ver figura 4 como resumen de los modelos).

**Figura 4**

*Posibles modelos de diátesis-estrés de la sintomatología depresiva.*



*Nota.* Elaboración propia. EAI= Eventos adversos en la infancia. EA= Estrés actual. SD= Síntomas depresivos

## **4.6 La mediación de las estrategias de regulación emocional**

Finalmente, las vías cognitivas y conductuales que median las conexiones entre el estrés en la vida temprana y la sintomatología depresiva propuestas en los modelos hipotéticos deben aclararse, ya que se sabe poco sobre ellas. También existen vacíos sobre si los factores estresantes tempranos y tardíos están relacionados con la sintomatología a través de vías similares o diferentes. El presente estudio tiene como objetivo abordar estas lagunas.

A pesar de esta falta de información, se ha demostrado que ciertas estrategias de regulación emocional se asocian con el aumento de síntomas depresivos. Por ejemplo, en un meta-análisis Aldao y colaboradores (2010) examinaron las relaciones entre seis estrategias de regulación emocional, y los trastornos de ansiedad, depresión, alimentación, y los relacionados con sustancias, encontrando un gran tamaño del efecto para la rumiación, de medianos a grandes para la evitación, la resolución de problemas, y la supresión, y de pequeños a medianos para la reevaluación y la aceptación.

Por su parte, el estudio de validación del Behavioral Emotion Regulation Questionnaire-BERQ mostró que sus dimensiones conceptuales se correlacionan significativamente con los síntomas de depresión y ansiedad. El uso de las estrategias de Búsqueda de distracción, Acercamiento activo y Búsqueda de apoyo social se relacionó con menos síntomas de depresión y ansiedad, lo que sugiere que estas son estrategias más adaptativas. El mayor uso de las estrategias de *Retirada e Ignorar* se relacionó con más síntomas de depresión y ansiedad, lo que sugiere que estas son estrategias menos adaptativas (Kraaij & Garnefski, 2019).

A pesar de estos hallazgos emergentes, se necesita más evidencia empírica para probar las contribuciones únicas e independientes de las diferentes estrategias de regulación emocional a la sintomatología depresiva, lo que proporcionaría objetivos más claros para los esfuerzos de prevención e intervención. Además, es importante evaluar si las estrategias

de regulación se asociación también a “ciertos” eventos adversos en la infancia, y si tienen efectos directos y/o indirectos sobre el estrés actual. Asimismo, necesitamos evaluar las estrategias de regulación emocional del estrés en relación con los síntomas depresivos, en países de América Latina y de ingresos medios como es el caso de México, ya que la mayoría de la literatura hace referencia a estudios en países europeos y/o de altos ingresos (Banco Mundial, 2023). El presente trabajo pretende aportar a este campo de investigación, concretamente, en la identificación de estrategias de regulación emocional vinculada a la presencia de síntomas depresivos, e identificando si estas a su vez están relacionadas con determinadas experiencias estresantes distales (eventos adversos en la infancia) y proximales (estrés frente a la pandemia), pudiendo identificar su posible papel mediador.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Tanto a nivel mundial como en México, la depresión está asociada con una considerable discapacidad y morbilidad, impactando significativamente la calidad de vida y bienestar de la población (GBD Risk Factors Collaborators, 2016; Kessler et al., 2007). Se trata de uno de los problemas de salud mental más prevalentes, particularmente entre los jóvenes y mujeres, y con una alta comorbilidad con otras condiciones de salud física y mental (Whooley & Wong, 2013), lo cual incrementa el sufrimiento e impacto económico para el paciente, su familia y la sociedad. Esta alta comorbilidad ha facilitado que la depresión ocupe el primer lugar en el país de todas las causas de años de vida asociados con discapacidad (AVD) en las mujeres y el segundo en los varones, después de la lumbalgia (Lozano et al., 2013).

La depresión ha aumentado en el mundo. Esta tendencia tiene el mayor impacto en los jóvenes o adolescentes, ya que más de la mitad de las enfermedades mentales comienzan en este grupo de edad (Solmi et al., 2022). A nivel mundial, se calcula una prevalencia de trastorno depresivo mayor alguna vez en la vida del 21% y de 18.5% en el último año entre jóvenes estudiantes universitarios (Auerbach et al., 2018). En México, se ha calculado una prevalencia del trastorno depresivo mayor (TDM) en adolescentes del 16,2% (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2019), y entre estudiantes universitarios de un 10.7% en el último año (Benjet et al., 2019). Además, la pandemia por COVID-19, introdujo cambios de vida y estrés extraordinarios, particularmente en adolescentes y adultos jóvenes, incrementando los síntomas depresivos y ansiosos en esta población (Varma, Junge, Meaklim & Jackson, 2020).

La falta de reconocimiento de este problema y su comorbilidad, se asocian con un empeoramiento de los síntomas depresivos y con la consecuente necesidad de prevenir su aparición y avance (Cano-Vindel et al., 2011). Se estima que, en el país, menos del 20% de las personas con algún trastorno afectivo buscan algún tipo de ayuda (Medina-Mora et al.,

2005), y que el tiempo que tardan en llegar a la atención oscila entre 4 y 20 años, según el tipo de padecimiento (Medina-Mora et al., 2003).

A pesar de los decisivos avances en el conocimiento de las dimensiones explicativas y alternativas de tratamiento de los trastornos depresivos, su incremento en los últimos años, especialmente en jóvenes y mujeres, deja ver los importantes retos que se tienen por delante. Este problema de salud ha sido abordado principalmente desde el enfoque biomédico, el cual ha hecho énfasis en la vulnerabilidad genética y las hormonas sexuales como principales factores causales de la depresión, sin embargo, es necesario considerar e integrar la influencia de factores tanto del contexto como personales (Pérez & Gaviña, 2013).

Factores tales como los eventos adversos en la infancia (o distales en el tiempo) y los eventos estresantes actuales (estresores proximales), han sido reconocidos como factores sociales y del contexto relevantes en su aparición (Berenzon, Lara, Robles & Medina-Mora, 2013; Huh, Kim, Lee & Chae, 2017; Van der Kolk, 2016). Por un lado, existe evidencia sólida sobre las repercusiones de los eventos adversos, especialmente los acontecidos en la infancia, en el desarrollo de la depresión, siendo reconocidos incluso como un determinante social de la salud mental (McLaughlin, 2016; WHO, 2014). Un gran cuerpo de investigación se ha centrado en la asociación de un amplio espectro de adversidades o de su estudio por separado, mostrando que las experiencias infantiles adversas tales como la violencia, el maltrato y las privaciones, son comunes, muy interrelacionadas y tienen un impacto acumulativo sobre la depresión y la salud en general (Felitti et al., 1998; Van der Kolk, 2016). Cabe resaltar que el impacto de los estresores y la adversidad en la infancia no es específico a la depresión, sino que se ve en la mayoría de los trastornos mentales (Benjet et al., 2010; 2011). Además, se ha encontrado que la adversidad infantil crónica tiene un impacto significativo en el inicio de la psicopatología durante diferentes etapas de la vida (infancia, adolescencia y edad adulta) (Benjet et al., 2010). La disfunción familiar y el abuso se ha identificado como los predictores más fuertes

de la psicopatología evaluadas (trastornos del estado de ánimo, ansiedad, consumo de sustancias y externalización) en todas las etapas de la vida, resultados consistentes con la evidencia de los efectos perdurables del estrés crónico en las estructuras cerebrales involucradas en muchos trastornos psiquiátricos (Benjet et al., 2010).

La literatura epidemiológica ha mostrado que este tipo de eventos no sólo son frecuentes entre la población, sino que tienen una relación dosis-respuesta con la presentación de enfermedad física y mental. Concretamente, se ha demostrado que las personas que reportan haber vivido más de cuatro adversidades en la infancia, tienen 2.7 más riesgo de presentar depresión en el último año, y 24.4 veces más el riesgo de reportar intentos de suicidio a lo largo de la vida, en comparación con las personas sin reporte de adversidades (Merrick et al., 2017).

Por otra parte, los estresores o eventos adversos actuales tienen un importante papel en la configuración de la sintomatología depresiva (Ormel et al., 2020). Se ha demostrado que 80% de los episodios de depresión mayor ocurren después de eventos vitales negativos (Brown & Harris, 1978; Kendler & Gardner, 2010). Un estudio en Bangkok demostró que las personas deprimidas experimentaron más eventos de vida estresantes que los sujetos no deprimidos (5.81 +/- 3.19 vs 3.24 +/- 2.80 eventos en un año) (Lueboonthavatchai, 2009). Se han realizado evaluaciones sobre el tipo de eventos que aumentan el riesgo de episodios depresivos. En este sentido, Lueboonthavatchai (2009) identificó tipos de eventos estresantes de la vida asociados con la aparición del trastorno depresivo, dentro de los que destacaron la hospitalización médica, la enfermedad médica que provocó la ausencia del trabajo o la alteración de la rutina diaria, el cambio de hábitos de sueño, la ausencia de recreación, las discusiones con el cónyuge, las dificultades sexuales con el cónyuge, los problemas económicos familiares, pérdida de empleo y problemas con el jefe.

En este contexto, la pandemia por COVID-19, puede reconocerse como un estresor relevante que no solo ha causado muertes e infecciones en el mundo, sino también importantes niveles de estrés entre la población. Hallazgos emergentes en China sugieren que más del 25% de la población general experimentó niveles moderados a severos de síntomas relacionados con el estrés o la ansiedad en respuesta a las medidas gubernamentales de confinamiento estricto (Qiu et al., 2020). Ante este evidente aumento del nivel de estrés en la población asociada a la reciente pandemia por COVID-19 (Rodríguez-Rey et al., 2020; Qiu et al., 2020), en el presente estudio se reconoce su posible efecto como evento adverso proximal o actual, y se propone un instrumento para su medición.

Dicho evento, que no estaba previsto inicialmente en el planteamiento de este trabajo, ha significado un riesgo socio-ambiental generalizado, que difícilmente se hubiera podido replicar de forma experimental, pero que permite “controlar” la variabilidad de los acontecimientos vitales estresantes e identificar el impacto de este “estresor comunitario mayor” en la vida de las personas, y analizar su posible papel en la configuración de sintomatología depresiva.

Los efectos de los estresores distales (infancia) y proximales (actuales) en el tiempo, se han estudiado principalmente por separado con respecto a su impacto en la configuración de trastornos afectivos. A menudo se ha pasado por alto cómo la interacción entre los factores estresantes de la niñez y en la juventud contribuyen a la salud posterior. Además, sigue habiendo ambigüedad sobre los mecanismos que están involucrados en el proceso estresores-depresión, tanto de forma inmediata como en el largo plazo (Wethington, 2016). Las principales explicaciones de mecanismos mediadores provienen de la perspectiva biológica, la cual propone al estrés y su impacto en la morfología del cerebro y en la regulación del sistema endocrino e inmunológico, como factor mediador. Sin embargo, estas explicaciones nuevamente se han brindado de manera separada (para adversidades distales y proximales), con pocas propuestas para su entendimiento integral (Kendler & Gardner, 2010).

Asimismo, aunque la psicología tiene mucho que aportar en este campo, se ha quedado rezagada en comparación con los modelos neurobiológicos. Hoy en día es necesario enriquecer los modelos explicativos existentes e integrar el estudio de mecanismos mediadores de corte psicológico. La tradición de la psicología cognitiva y su modelo de diátesis-estrés, es una de las aproximaciones que cuenta con más evidencia empírica directa e indirecta (resultados de intervenciones) sobre la depresión. Este modelo propone que ciertas características de los individuos, los hacen más propensos a un trastorno depresivo tras la aparición de determinados acontecimientos ambientales estresantes. No obstante, los mecanismos cognitivos y conductuales que explican estas asociaciones aún no se han caracterizado por completo, siendo aquí donde las estrategias de regulación emocional usadas ante eventos estresantes, son un constructo prometedor en el entendimiento de esta relación.

La regulación emocional y su relación con problemas mentales han llamado la atención de investigadores aplicados y clínicos, especialmente en los últimos años por el potencial que tiene de explicar: a) el desarrollo de psicopatología, en el especial de la depresión (Aldao et al., 2010); b) el papel de factores de corte psicosocial, como son los eventos adversos de vida (McLaughlin, 2016) ; c) el vínculo con otros problemas de salud (Powers et al., 2016) y, d) la comorbilidad entre enfermedades mentales, favoreciendo un análisis transdiagnóstico (Cano-Vindel, 2011)

De esta forma, la presente investigación busca evaluar de manera integral las influencias del contexto a través de los estresores distales y proximales, y de abordar el posible papel mediador de las estrategias de regulación del estrés (mecanismos de corte psicológico), en el entendimiento de la configuración de la sintomatología depresiva en jóvenes. En este sentido se propone integrar estos factores en un solo marco conceptual, con la posibilidad de identificar su influencia y relación entre sí.

La adversidad en la infancia, la presencia de otros estresores y su asociación con la gravedad de la sintomatología depresiva no ha sido muy estudiada en México, mucho menos las estrategias de regulación emocional que pueden estar mediando dicha relación. Aunque se ha demostrado que cierto tipo de estrategias de regulación emocional (como la rumiación y castastrofización) se asocian con la presencia de depresión, no se ha evaluado si estas estrategias se vinculan con la historia de adversidades en la infancia y si “se activan/ponen en juego” frente a situaciones proximales, en particular ante una situación de estrés comunitaria como la reciente pandemia de coronavirus, independientemente de la influencia de diversos factores sociodemográficos.

Hasta la fecha, la mayoría de las investigaciones se han desarrollado en poblaciones clínicas y en países desarrollados, y no se ha identificado ningún estudio similar en nuestro país. Como tal, es necesario que el campo vaya más allá de estudios descriptivos básicos y se dirija a identificar los mecanismos de desarrollo subyacentes que unen la adversidad y el estrés con este problema de salud mental, así como mirar las estrategias que puedan dar cuenta de la resiliencia en las personas. Una mejor comprensión de estos temas podría contribuir al reconocimiento de las estrategias de regulación emocional más utilizadas por el subgrupo resiliente (con antecedentes de adversidades en la infancia y estrés actual, pero sin de síntomas depresivos en la actualidad), con el potencial de identificar no solo las estrategias “disfuncionales”, sino también aquellas con mejores resultados para la salud mental.

En este sentido, la presente investigación, propuso y evaluó un modelo de diátesis-estrés que permitiera comprender si los eventos adversos distales (experimentados individualmente en la infancia) se vinculan con la presencia de síntomas depresivos a través de ciertas estrategias cognitivas de regulación emocional frente a la experiencia de una situación estresante comunitaria como la reciente pandemia.

Se propuso realizar el estudio en jóvenes, con la meta de proponer estrategias de prevención en etapas más tempranas o previas al desarrollo de un trastorno como tal. Identificar la prevalencia de la sintomatología, su relación con los eventos adversos y las estrategias cognitivas de regulación emocional más utilizadas, podrá guiar la instalación de programas de prevención y atención específicos.

En resumen, a través de este trabajo se busca brindar una aportación de corte teórico-conceptual al integrar el estudio de las estrategias cognitivas de regulación emocional a la relación ambientes estresantes-sintomatología depresiva; y otra de tipo práctico, al hacer una lectura desde la salud pública que permita brindar información útil para fundamentar estrategias de detección y prevención de la depresión en el contexto de la pandemia vivida recientemente.

Con base a todo lo anterior, se plantean las siguientes interrogantes:

*¿Cuál es el rol de los eventos adversos en la infancia (distales) y de los factores estresantes recientes (pandemia por Covid-19) en la presencia de sintomatología depresiva en jóvenes?, ¿median las estrategias cognitivas y conductuales de regulación emocional la relación entre las adversidades distales y los síntomas depresivos, y entre el estrés actual y los síntomas depresivos?, ¿cuáles son las estrategias de regulación emocional más utilizadas en personas con historias de adversidad en la infancia?, ¿qué estrategias se asocian con la presencia de síntomas depresivos?*

## **OBJETIVOS E HIPÓTESIS**

### **Objetivo General**

Desarrollar y evaluar un modelo que permita analizar conjuntamente el rol de los eventos adversos en la infancia (distales) y de los factores estresantes recientes (ante la pandemia por COVID-19) en la presencia de sintomatología depresiva, así como identificar los

mecanismos de regulación emocional que podrían servir como mediadores en estas asociaciones en jóvenes de estudiantes entre 18 y 25 años, habitantes de Ciudad de México y su área conurbada.

### **Objetivos particulares por fases del estudio**

#### **Objetivos fase 1**

1. Validar semánticamente y adaptar culturalmente el Cuestionario de Regulación Emocional Cognitiva y el Cuestionario de Regulación Emocional Conductual, en jóvenes entre 18 y 25 años residentes de Ciudad de México y su área conurbada.
2. Desarrollar y obtener evidencias de validez y confiabilidad de la Escala Adversidad y Estrés en la población en estudio.
3. Obtener evidencias de validez y confiabilidad del Cuestionario de Regulación Emocional Cognitiva, el Cuestionario de Regulación Emocional Conductual, la Lista de eventos adversos en la infancia y el PHQ-9 en la población en estudio.

#### **Objetivos fase 2**

- 1) Identificar la prevalencia de síntomas depresivos y de otras condiciones de salud física (COVID-19) y mental; de los eventos adversos en la infancia, el estrés actual y las estrategias de regulación emocional ante el estrés, en hombres y mujeres de la población en estudio.
- 2) Identificar el número y tipo de experiencias adversas en la infancia, el nivel de estrés actual ante la pandemia y las estrategias de regulación emocional en personas con y sin sintomatología depresiva.
- 3) Identificar qué experiencias adversas en la infancia, áreas afectadas del estrés actual (relacionales/contextuales) y estrategias de regulación emocional, se asocian a la presencia de sintomatología depresiva.

- 4) Analizar la asociación de las experiencias adversas en la infancia (estrés distal), el estrés actual (proximal), las estrategias cognitivas y conductuales de regulación de estrés.
- 5) Examinar las contribuciones conjuntas de los eventos adversos en la infancia (EAI) y el estrés reciente asociado a la pandemia y presencia de síntomas depresivos en jóvenes, probando los tres supuestos hipotéticos: 1. *Generación* (el efecto de las EAI sobre los síntomas depresivos solamente se explica a través del estrés actual), 2. *Acumulación* (las EAI y el estrés actual tienen contribuciones independientes y aditivas) y 3. *Sensibilización* al estrés (las EAI tienen efectos independientes sobre la depresión, y aumentan las reacciones a los factores estresantes actuales).
- 6) Analizar el efecto mediador de las estrategias cognitivas y conductuales de regulación emocional, en la relación entre estrés distal, proximal y la sintomatología depresiva, en la población en estudio.

## Hipótesis

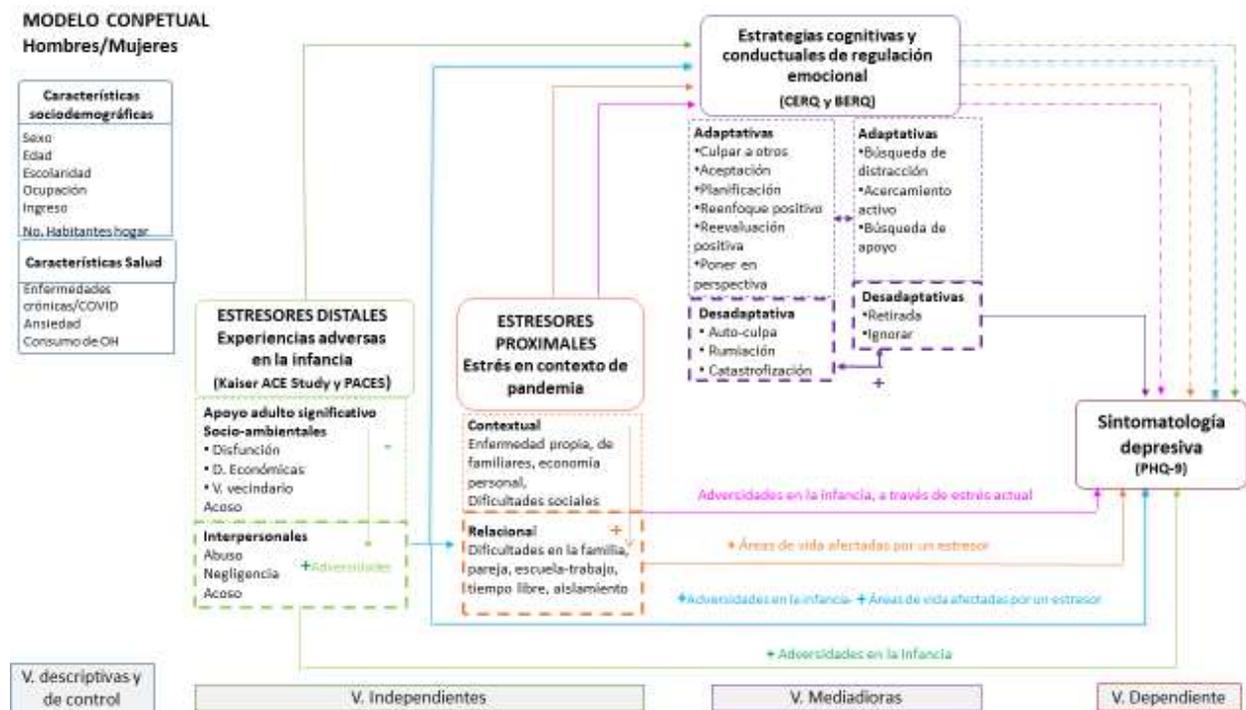
De acuerdo con la revisión de la literatura, se esperaría que las personas con antecedentes de adversidad en la infancia, especialmente aquellas que han experimentado un mayor número de adversidades y/o eventos de abuso sexual y abandono emocional, tendrán un mayor nivel de estrés frente a una situación comunitaria de estrés (la pandemia), y un uso diferencial de estrategias emocionales ante dicho estrés, empleado mayormente estrategias “desadaptativas” de regulación emocional cognitiva (rumiación, autocolpa, catastrofización, retirada e ignorar) y conductual (retirada e ignorar) vinculadas a mayor nivel de sintomatología depresiva.

## Propuesta Conceptual

Dado el objetivo de la presente investigación, en la figura 5 se ilustra el modelo conceptual que con base en la revisión de la literatura y el marco teórico seleccionado, se construyó para este estudio.

Figura 5

Esquema conceptual de la propuesta de investigación



En el esquema, se infiere que, en la población seleccionada, se puede identificar sintomatología depresiva (variable dependiente). Se pueden observar de izquierda a derecha en primer lugar los variables sociodemográficas y de salud que serán recopiladas con fin de caracterizar a la muestra y como variables de control. Enseguida se encuentran los estresores distales, esto es, los eventos adversos en la infancia, los cuales se dividen en dos dimensiones de experiencia que subyacen a múltiples formas de adversidad, 1) Interpersonales: abuso (emocional, físico, sexual), negligencia y, 2) las socio-ambientales

que consideran la “disfunción” en el hogar (antecedentes de psicopatología en los padres, ser testigo violencia en el hogar), privaciones económicas y violencia en la comunidad. Asimismo, se colocan como factor protector o atenuante de los efectos de las experiencias adversas, el haber contado con el apoyo de algún adulto significativo en la infancia. Estos eventos pueden tener una influencia en la sintomatología depresiva de manera directa, y de manera sinérgica con el estresor actual (estrés ante la pandemia) y las estrategias de regulación emocional para manejarlo.

Enseguida se encuentra el estrés percibido ante la pandemia, el cual se ha relacionado tanto directamente con la presencia de síntomas depresivos, como a través de las estrategias cognitivas y conductuales de regulación del emocional de dicho estrés, variables que se hipotetiza, mediarán la relación eventos adversos (distales y proximales)-síntomas depresivos. Las estrategias cognitivas que se observan en el modelo son aquellas que se consideran tanto las “adaptativas”: aceptación, reenfocar el plan, perspectiva positiva, reevaluación positiva, poner en perspectiva, como las que se han vinculado a procesos desadaptativos: culpar a otros, rumiación, autoculpa y catastrofismo (perspectiva catastrófica). En cuanto a las estrategias conductuales, están la búsqueda de distracción, el acercamiento activo, la búsqueda de apoyo como estrategias que podrían ser más adaptativas, y la retirada e ignorar lo sucedido como desadaptativas. Asimismo, las estrategias pueden tener una relación directa e independientemente de los estresores distales y proximales (línea morada). En el modelo se usan líneas para marcar las posibles relaciones entre las variables y sus resultados, pudiendo probar varios modelos o hipótesis de la relación entre variables:

*Modelo de generación de estrés.* En este modelo se hipotetiza que el estrés de la vida temprana predispone a las personas a experimentar un mayor estrés en la edad adulta, y solo mediante este estrés actual, las adversidades en la infancia tienen un efecto en la presencia de sintomatología depresiva. Dicho efecto puede ser directo (línea rosa) y/o mediado por las estrategias de regulación emocional (línea rosa punteada).

*Modelo de acumulación de estrés.* Existe una vía directa que relaciona la adversidad temprana con la depresión en la vida adulta, es decir, la adversidad en la infancia explica proporciones únicas de variabilidad directa en los resultados de sintomatología depresiva (línea verde), o mediante las estrategias de regulación emocional (línea verde punteada). Asimismo, el estrés actual influye de manera independiente y directa en la sintomatología depresiva (línea naranja) o a través de las estrategias de regulación emocional (línea naranja punteada). De esta manera, los factores estresantes de la vida temprana y posterior pueden tener contribuciones independientes y aditivas, pero sin interacción entre ellas.

*Modelo de sensibilización al estrés en la vida temprana.* En este modelo se hipotetiza que el estrés de la vida temprana y el estrés actual influyen de manera independiente en los síntomas depresivos, y además juntas tienen también un efecto en dichos síntomas. Este efecto puede ser directo (línea azul) y/o mediado por las estrategias de regulación emocional (línea azul punteada).

La información obtenida en la investigación permitirá construir un modelo conceptual más refinado y cercano a la realidad en nuestro país, que ayudará a tener una mejor comprensión de la relación entre las variables seleccionadas. Asimismo, tendrán más elementos que ayuden a fundamentar estrategias de prevención a la depresión desde el primer nivel de atención.

## MÉTODO

### Diseño

Se trata de un estudio transversal analítico (Hernández & Velasco-Mondragón, 2000). Este diseño permite explorar las variables seleccionadas identificadas como relevantes por la literatura, al tiempo que permite hacerlo de una manera rápida y puntual. Otro aporte de dicho diseño es que permite integrar un mayor número participantes en corto tiempo, disminuyendo los costos y agilizando la obtención de información, lo que resulta especialmente relevante por el tipo de población seleccionada, cuyo tiempo suele estar limitado.

Una de las limitaciones de este tipo de estudios es que no puede establecerse la secuencia temporal de las variables estudiadas, además de los sesgos de memoria que están impactadas por sintomatología depresiva actual, sin embargo, se pregunta por la temporalidad de presentación de los síntomas depresivos y eventos adversos para tener un mayor poder analítico. Asimismo, dada la estrategia de muestreo, los resultados pueden no ser representativos de la población de estudio, no obstante, se generaron elementos para proponer análisis y estudios posteriores.

### Procedimiento general

Para alcanzar los objetivos planteados, el estudio se dividió en dos fases. En la primera de ellas se adaptaron semántica y culturalmente los instrumentos de estrategias de regulación emocional denominados *Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)* y del *Behavior Emotion Regulation Questionnaire (BERQ)*, y se desarrolló y validó la *Escala Adversidad y Estrés*. Asimismo, se analizaron la validez y confiabilidad del PHQ-9 y Lista de Eventos Adversos en la Infancia en una submuestra de jóvenes entre los 18 y 25 años. En la segunda fase se evaluó el modelo conceptual propuesto a través de la aplicación de los instrumentos

en la población de interés. En las siguientes secciones se detallan los procedimientos seguidos en cada una de estas fases.

### **MÉTODO FASE 1. ADAPTACIÓN, CONSTRUCCIÓN Y PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE INSTRUMENTOS**

#### **1. Adaptación cultural y validación semántica del Cuestionario de Regulación Emocional Cognitiva (CERQ\*) y del Cuestionario de Regulación Emocional Conductual (BERQ\*)**

Para adaptar culturalmente estos dos instrumentos, se siguieron las buenas prácticas para el proceso de traducción y adaptación cultural de instrumentos propuestas por la International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR) Task Force (Wild, 2005), que incluyen también los principios propuestos por la OMS (WHO, 2018); así como las recomendaciones de Mora-Ríos et al., 2013; y Muñiz, Elosua y Hambleton, 2013. En la figura 6 se resume el procedimiento de esta etapa de la investigación. En la sección de resultados se describen cada una de las actividades realizadas según los pasos del proceso ilustrado en la figura 6. Inicialmente se adaptó la versión de 36 reactivos del CERQ, sin embargo, con base en los resultados obtenidos en la adaptación y prueba piloto de la batería completa de instrumentos, se tomó la decisión de usar la versión de 27 reactivos del CERQ. Dado que no se identificaron antecedentes de su validación en México de la versión de 27 reactivos, se revisaron los trabajos realizados en población de habla hispana y se consultó a tres de las expertas que habían participado en la adaptación inicial del CERQ de 36 reactivos, para poder decidir y consensuar la versión de 27. Específicamente, se realizó el siguiente proceso:

- a. Se consultaron las bases de datos PudMed, PsyInfo y Latinindex, con el propósito de identificar artículos vinculados con las propiedades psicométricas del CERQ-27 en habla hispana. Se identificaron 11 artículos, de los cuales, 6 tenían la información necesaria para identificar los ítems que incluían la versión reducida. Se compararon

las 6 versiones reducidas del CERQ y se identificaron las coincidencias y discrepancias.

- b. *Consulta a expertos:* Se pidió a tres expertas en el área de salud mental y experiencia en investigación que habían participado en la adaptación previa del CERQ de 36 reactivos, pudieran seleccionar el reactivo que podría ser eliminado en cada una de las 9 dimensiones del instrumento. Para tal fin se desarrolló una cédula de evaluación en las que se les pedía evaluar este elemento e hicieran sugerencias sobre el reactivo a eliminar.

Las propiedades psicométricas del BERQ y el CERQ-27 (de 27 reactivos) se evaluaron en una submuestra aleatoria de 200 estudiantes entre los 18 y 25 años habitantes de la Ciudad de México, que formaron parte de la muestra de la segunda fase del proyecto.

## **2. Desarrollo y validación de la Escala Adversidad y Estrés (EAE)**

### *Construcción de la EAE*

La escala se construyó examinando la literatura relevante (por ejemplo, Taylor, 2020a; 2020b; Motrico et al., 2017; Wethington, 2016) y mediante la consulta a expertos en estrés y salud mental. A continuación, se describe brevemente la estrategia usada para la revisión de la literatura:

- Se buscó identificar los instrumentos de evaluación de los eventos vitales o estresantes, creados/adaptados para su uso de preferencia en español, publicados en la literatura nacional e internacional, con especial atención en sus propiedades psicométricas y en su asociación con medidas de problemas de salud.
- Se llevó a cabo la revisión de la literatura los instrumentos publicados a través de los buscadores MEDLINE, PsycINFO, Psycodoc y Google escolar.
- Se leyeron los resúmenes de todos los artículos, se extrajeron los datos sobre sus propiedades psicométricas y su uso en el ámbito de la salud.

En general, la revisión mostró que las medidas presentaron una gran heterogeneidad. La mayoría no incluía información sobre sus propiedades psicométricas o necesitaban aportar más datos sobre su estabilidad test-retest y/o su estructura interna.

**Figura 6**

*Estrategia metodológica para la validación semántica y la adaptación cultural del CERQ y el BERQ*

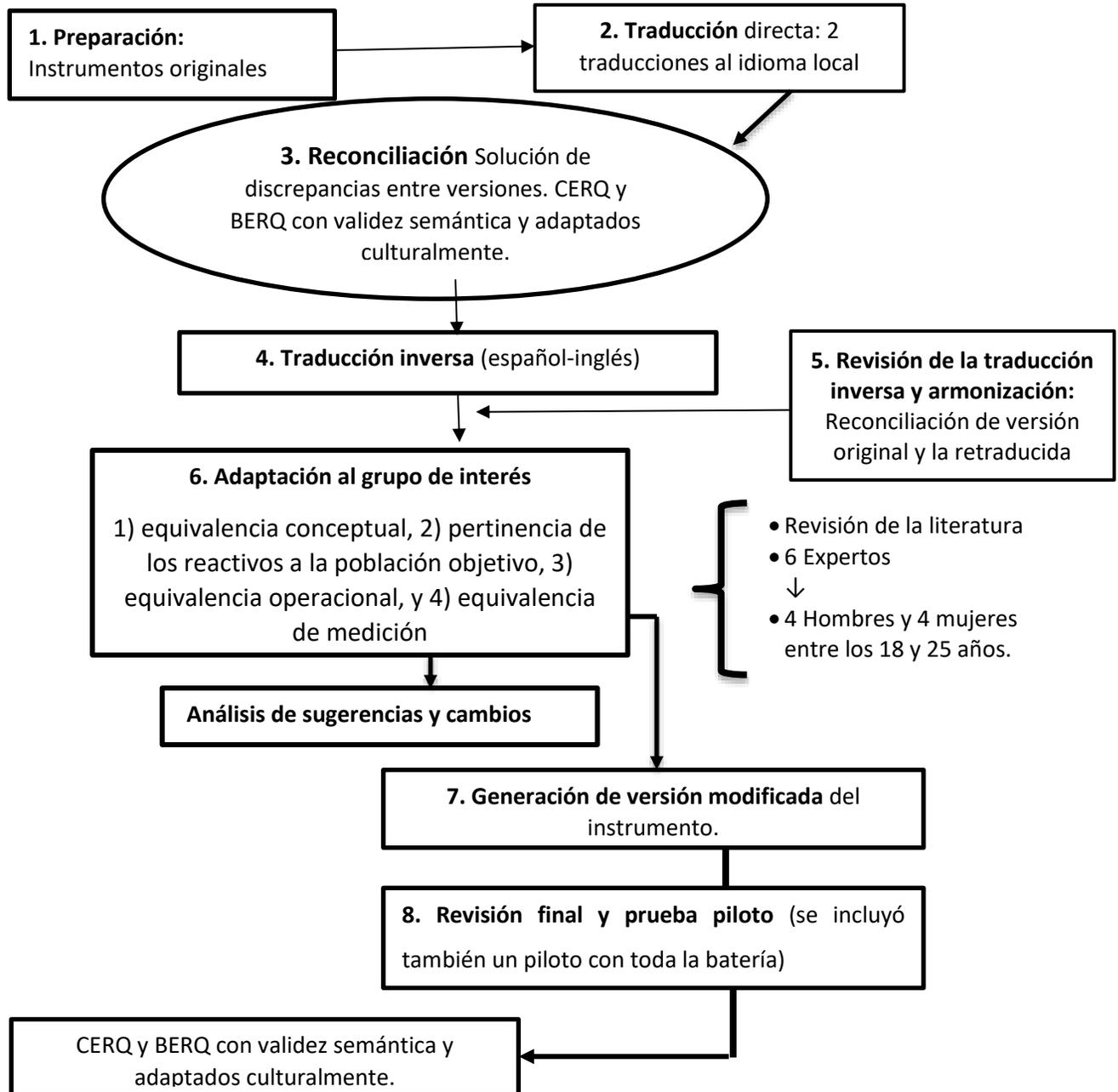


Figura adaptada de Mora-Ríos et al., 2013; Muñiz, Elosua y Hambleton, 2013; Wild, 2005.

A partir de esta revisión, se decidió construir la escala enfocada a evaluar un solo evento estresante, en este caso la pandemia por COVID-19, disminuyendo así los sesgos de memoria de las *Escalas de eventos vitales* (Harkness & Monroe, 2016). Dado que se trata de un estresor que tiene injerencia en varios ámbitos de la vida de la persona, con posibilidades de tener repercusiones en el largo plazo, la escala se construyó considerando la forma de evaluación del estrés crónico de otros instrumentos, como el Long Term Difficulties Inventory (Rosmalen, Bos, & De Jonge, 2012), y en el contexto de estudios epidemiológicos y en población general (Motrico et al., 2017). Se elaboró una escala unidimensional constituida por 20 reactivos, mismos que fueron revisados por un grupo de expertos, quienes evaluaron inicialmente los reactivos.

Para evaluar la validez de contenido de la versión inicial, se pidió a un grupo de 5 expertos que, en una escala de 1 a 5, indicaran para cada reactivo qué tan relevante era respecto de la definición teórica. Se conservaron los reactivos a los que los jueces otorgaron los puntajes más altos de relevancia y cobertura, y se incluyó un reactivo más relacionado con la situación de aislamiento. De esta revisión resultaron 13 reactivos que indagan el nivel de estrés que generan diferentes aspectos de la vida, incluyendo vivienda, trabajo/escuela, relaciones de pareja, familiares, situación de aislamiento, salud, finanzas personales, tiempo libre, condiciones socio-ambientales y estrés en otros ámbitos.

Se efectuó una aplicación piloto de la escala durante una semana a participantes (n= 20) con características similares a los de la muestra final, con el propósito de evaluar la claridad y comprensión total de cada uno de los reactivos, de las instrucciones y de las opciones de respuesta. Los encuestados entendieron fácilmente a qué se refería cada uno de los reactivos. De esta forma el EAE quedó conformado por 13 reactivos, en el que se les pide a los informantes indiquen el nivel de estrés que han experimentado en el último mes a raíz de la pandemia del COVID-19 en relación con esos aspectos de su vida, según una escala tipo Likert con las opciones de respuesta: Nada estresante (0), Poco estresante (1),

## Método

---

Algo estresante (2), Estresante (3), Muy estresante (4). El puntaje total de la escala puede de ir de 0 a 4, con puntajes más altos que indican un mayor estrés.

### *Validación de la Escala Adversidad y Estrés*

Para validar la escala, la información se obtuvo como parte de un proyecto de investigación más amplio en el que se buscó identificar variaciones en las prácticas del consumo de sustancias en la población mexicana durante el periodo de contingencia por COVID-19 (Tiburcio et al, 2020). Los datos fueron recolectados a través de un cuestionario de auto-informe mediante la plataforma Google Forms, aplicación libre de administración de encuestas, entre el 1 y el 31 de mayo del 2020. El protocolo de investigación y recolección de datos fue aprobado por el Comité de Ética del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (apéndice 7), y todos los encuestados dieron su consentimiento previo a comenzar la encuesta. La participación fue solicitada a través de anuncios en línea en la página del INPRFM, campañas de correo electrónico, redes sociales y campañas de mensajería vía WhatsApp.

### *Muestra*

La muestra estuvo integrada para la validación quedó integrada por 274 estudiantes de 18 a 25 años habitantes de México.

### *Instrumentos*

Para probar la validez discriminante y convergente de la escala se aplicaron además los siguientes instrumentos:

*Emociones positivas durante la pandemia.* Cuestionario construido *ex profeso* para la evaluación de emociones positivas experimentadas durante el confinamiento. La escala incluyó 5 reactivos en el que les pidió a los participantes indicaran en una escala del 1 (nada) al 5 (mucho), qué tanto habían experimentado alguna de estas emociones: alegría,

relajación, paz, felicidad, esperanza. La consistencia interna para la escala completa en el presente estudio fue muy buena ( $\alpha$  de Cronbach = .88).

*Emociones negativas durante la pandemia.* Escala que se construyó para evaluar de emociones negativas vividas durante el confinamiento. La escala incluyó 5 reactivos en el que les pidió a los participantes señalaran qué tanto habían experimentado miedo, vulnerabilidad, preocupación, desesperación y enojo durante el confinamiento. Cada una de las emociones fue evaluada en una escala tipo Likert del 1 (nada) al 5 (mucho), y la escala completa tuvo una consistencia interna muy buena ( $\alpha=87$ ).

*Medidas Analógicas de Percepción del estado de salud y estrés.* Se incluyeron dos preguntas como medidas analógicas relacionadas con el nivel de estrés y la salud percibida. El nivel de estrés se evaluó en una escala del 1 al 5 donde 5 representaba el mayor estrés. Sobre el estado de salud se incluyó la pregunta “En general, ¿cómo considera su estado de salud?”, as opciones de repuestas oscilaban del 1 al 5, donde el 1 representaba una muy mala salud y 5 una excelente salud.

*Cuestionario de datos sociodemográficos.* Se elaboró un cuestionario de datos sociodemográficos, que incluyó sexo, edad, escolaridad, estado civil, estado de la República Mexicana de residencia, ocupación e ingreso.

### **3. Propiedades Psicométricas de la Lista de Eventos Adversos en la Infancia (LEAI) y Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)**

Las propiedades psicométricas de la Lista de Eventos Adversos en la Infancia y el Cuestionario sobre la Salud del Paciente-9 (Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9) se evaluaron en una submuestra aleatoria de 200 estudiantes entre los 18 y 25 años habitantes de Ciudad de México y su área conurbada, que formaron parte de la muestra de la segunda fase del proyecto (ver sección Método Fase 2).

## **MÉTODO FASE 2. PRUEBA DEL MODELO DE DIÁTESIS-ESTRÉS DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA**

En esta fase se buscó probar el modelo conceptual propuesto. A continuación, se describe el método empleado.

*Participantes.* Hombres y mujeres mayores entre 18 y 25 años estudiantes universitarios, habitantes de Ciudad de México y su área conurbada.

### *Criterios de selección*

*Criterios de inclusión.* Hombres y mujeres entre los 18 y 25 años estudiantes universitarios que aceptaran participar en el estudio previo consentimiento, habitantes de Ciudad de México y su zona metropolitana.

*Criterios de exclusión.* Personas cuyas condiciones (expresadas o sentidas) no les permitieran contestar o completar la batería, que no vivieran en Ciudad de México o su área conurbada (zona metropolitana), o que no completaran la cédula.

### *Muestreo y tamaño de la muestra*

La población fue autoseleccionada después de solicitar su participación considerando los criterios de selección del estudio. El tipo de muestreo fue no probabilístico por cuota. Dado el diseño del estudio, las variables a considerar y el método planteado, se utilizó el programa G Power: Statistical Power Analyses de la Universidad Düsseldorf (Faul et al., 2007), para calcular un tamaño de muestra que asegurara recolectar los datos suficientes que permitan realizar un análisis multivariado confiable (regresión lineal). Considerando un tamaño del efecto  $f^2$  de 0.15, un error tipo alfa de .05, una potencia al 95% y un número de predictores en el modelo de 10, se realizaron las aplicaciones suficientes hasta completar la recolección de al menos 138 casos.

### *Variables e instrumentos*

El nivel de síntomas depresivos se evaluó a través del Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), el cual fue diseñado para usarse en el contexto del primer nivel de atención en salud, con alta sensibilidad 81.3% (95% CI 71.6–89.3) y especificidad 85.3% (95% CI 81.0–89.1), para detectar trastorno depresivo mayor (Mitchell et al., 2016). El PHQ ha sido usado en México en población usuaria de servicios de salud con adecuadas propiedades psicométricas: Alfa de Cronbach = 0,8, en general y para subgrupos definidos por género, alfabetización y edad (Arrieta et al., 2017; Diez-Quevedo et al., 2001). Los síntomas previos de depresión se analizaron a través de preguntas *ex profeso* usadas en investigaciones en contexto de centros de salud en México (Lara et al., 2006).

La regulación emocional se evaluó a través del *Cognitive Emotion Regulation Questionnaire* (CERQ-27) (Garnefski & Kraaij, 2001) y el *Behavior Emotion Regulation Questionnaire* (BERQ) (Kraaij y Garnefski, 2019). El CERQ fue desarrollado para medir el componente cognitivo de la regulación emocional. Es un instrumento auto aplicable que evalúa nueve estrategias cognitivas de regulación emocional, el cual puede ser enfocado a evaluar las estrategias frente a eventos generales, o específicos, en este caso se usó para evaluar las estrategias respecto a la pandemia. Evalúa nueve estrategias cognitivas de regulación emocional: rumiación, catastrofización, autculpa, culpar a otros, poner en perspectiva, aceptación, focalización positiva, reinterpretación positiva, reenfocar el plan, mostrando confiabilidad adecuada en general y por cada una de las sub-escalas ( $\alpha = 0,66$  a  $0,84$ ) (Garnefski & Kraaij, 2007).

Por su parte, el BERQ consta de 5 escalas: búsqueda de distracción, el acercamiento activo, la búsqueda de apoyo, retirada e ignorar, y evalúa el estilo de comportamiento o las estrategias para responder a los eventos estresantes para regular las emociones. Es el primer cuestionario que mide solo el afrontamiento conductual y complementa el Cuestionario de regulación de la emoción cognitiva (CERQ) que mide el afrontamiento cognitivo. Sus propiedades psicométricas fueron probadas en pacientes mayores de 18 años

de servicios del primer nivel de atención a la salud en Holanda. Los análisis de componentes principales en mencionado estudio, apoyaron la estructura de 5 factores del BERQ, con coeficientes alfa que van entre el .86 y .93.

Los eventos adversos en la infancia fueron evaluados a través de una lista de eventos elaborada a partir de dos instrumentos: la lista completa del estudio epidemiológico ACE (Felitti et al., 1998), y el Childhood Trauma elaborado por Public Health Management Corporation (2014), cuestionario breve diseñado como complemento a la encuesta ACE que incluye preguntas sobre el bullying y peligrosidad el vecindario, el cual ha sido usado para conducir encuestas para identificar la prevalencia de eventos adversos en Shelby County, Tennessee. A pesar de las complicaciones y múltiples factores que pueden contribuir a la variabilidad en la respuesta a preguntas sensibles como las que se usan para evaluar los eventos adversos, se ha observado que la puntuación resultante de los EAI, son confiables y en general estables con el tiempo (Dube et al., 2004).

La adversidad actual fue evaluada a partir de la Escala Adversidad y Estrés construida *ex profeso* para medir el nivel de estrés que genera un evento adverso en particular, en este caso la pandemia por COVID-19, en diferentes aspectos de la vida, incluyendo vivienda, trabajo/escuela, relaciones de pareja, familiares, aislamiento, salud, finanzas, tiempo libre y condiciones socio-ambientales. Se trata de un cuestionario de autoinforme de 13 reactivos, en el que se les pide a los respondientes indiquen el nivel de estrés que han experimentado en el último mes/ en el contexto de la pandemia del COVID-19/ relacionados con esos aspectos de su vida, según una escala tipo Likert de 5 puntos que varía entre 0=nada estresante, hasta 4= muy estresante. El puntaje total de la escala puede de ir de 0 a 4, con puntajes más altos que indican un mayor estrés y constituido por dos dimensiones: estrés contextual e interpersonal. Asimismo, se incluyeron 3 preguntas para evaluar la percepción del grado de control, cronicidad y soledad en que se ha vivido esta situación, las cuales son cualidades que tiene el potencial de modificar el efecto estresor del evento (Lupiens et al, 2009).

Los datos sobre las características socio demográficas de la población de estudio: sexo, edad, ocupación, escolaridad, ingresos, estado civil así como sobre auto reporte de salud, fueron recolectadas a través de un instrumento elaborado *ex profeso*, el cual ya se ha utilizado en otras estudios con pacientes de centros de salud en México y Estados Unidos (Gelberg et al., 2016), y evaluando los tres principales problemas crónicos de salud de la población mexicana y COVID, que de acuerdo con la literatura, se han asociado a síntomas depresivos.

Asimismo, para evaluar las condiciones de salud mental se usó el “Alcohol Use Disorders Identification Test –C (AUDIT)”, instrumento desarrollado por la Organización Mundial de la Salud, para usarse en el ámbito de la atención primaria, y evaluar problemas médicos, trastornos sociales e incluso mortalidad, relacionados con el consumo de alcohol. Se ha validado en México en población trabajadora, mostrando alta consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,812), y resultó ser un instrumento de tamizaje útil y sensible para identificar consumo problemático del alcohol ya sea por riesgos o daños a su salud, o por dependencia (Carreño, 1998). Las tres primeras preguntas se utilizan como una prueba breve para detectar a quienes están en riesgo, conocido como AUDIT-C, que es el que se usó en este estudio y que también mostró buena consistencia interna ( $\alpha = .83$ ). También se empleó el Generalised Anxiety Disorder Scale (GAD de dos preguntas), instrumento que fue diseñado como una herramienta de tamizaje para la ansiedad generalizada a partir del GAD de 7 preguntas (Kroenke et al., 2007). Las preguntas incluyen: “En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas? 1) Sentirse nervioso, ansioso o al borde; 2) No poder parar o controlar preocuparse”. Las respuestas se dan en una escala de Likert (en absoluto = 0, varios días = 1, más de la mitad de los días = 2 y casi todos los días = 3). Los puntajes varían de 0 a 6, con un punto de corte de 3 o más indicativos de síntomas de ansiedad. El GAD-2 también se desempeña razonablemente bien como una herramienta de detección para otros tres trastornos de ansiedad comunes: el trastorno de pánico, el trastorno de ansiedad social y el trastorno de estrés postraumático.

### *Procedimiento*

#### *Prueba piloto*

Todos los instrumentos de referencia y preguntas se conjuntaron en un solo formato que se subió a una plataforma en línea para su aplicación. Los instrumentos fueron habilitados inicialmente en la plataforma Google formularios (ver en: [https://docs.google.com/forms/d/1YrJy6UIIVFlrF65GDsQvlf0ZUFNMW7GcYwd8u\\_47ps/edit](https://docs.google.com/forms/d/1YrJy6UIIVFlrF65GDsQvlf0ZUFNMW7GcYwd8u_47ps/edit)). Una vez montada la batería en la plataforma, se realizó una prueba piloto de la misma.

Se evaluó la usabilidad y funcionalidad de la batería en línea, así como la viabilidad y comentarios generales sobre la encuesta en 6 mujeres y 4 hombres mayores de entre 18 y 25 años habitantes de Ciudad de México. Para tal fin, la investigadora pidió a los participantes llenar el formulario en una sesión individual (3 presenciales y 7 a distancia mediante sesión en zoom), mientras tomaba notas sobre las reacciones y comentarios de los participantes. A continuación, se describen los elementos evaluados y los resultados obtenidos.

#### a) Usabilidad

La usabilidad indica la facilidad de uso de una herramienta. Abarca tanto la experiencia del usuario como la sencillez para lograr la aplicación del instrumento por medio de dispositivo electrónico (Nielsen Norman Group, 2021). En este rubro se indagó y observó sobre los siguientes puntos:

1. *La visibilidad del instrumento.* En esta área se obtuvieron un par de comentarios sobre la posibilidad de hacer un poco más grande el tamaño de la letra. El formato fue visible en general para todas las preguntas, excepto en las cédulas del PHQ, CERQ y BERQ, ya que 4 participantes comentaron que no se alcanzaban a ver todas las opciones de respuesta, teniendo que usar la barra para poder seleccionar su respuesta.

2. *El orden y entendimiento del instrumento.* De manera general se entendió la lógica del instrumento y su llenado. Todos usaron la plataforma de manera intuitiva (por ejemplo, marcar sus respuestas, borrar, dar hacia atrás o hacia adelante). A cada sección se le colocó un nombre o subtítulo, que ayudó a ubicar a los participantes sobre los temas indagados, así como la barra de llenado para ubicar el grado de avance.
3. *Control y libertad de manejo del instrumento* por parte del participante. La mayoría de las preguntas se programaron para obtener una respuesta, de lo contrario no se podía avanzar a la siguiente sección. Todos los participantes, excepto uno, contestaron todas las preguntas. La persona que no contestó, sin problema regresó a completar la pregunta que se saltó sin darse cuenta, y continuó contestando sin molestia el resto de la batería.
4. *Diseño y estética.* En general a los participantes les pareció adecuada el diseño, colores y marcos de las preguntas. Sólo una persona señaló la posibilidad de hacer más pequeño la imagen (logo) al inicio de cada sección de preguntas.

### b) Funcionalidad

En este rubro se evaluaron el funcionamiento y los fallos de la plataforma. Aquí se observó que en todas las aplicaciones hubo problemas con la plataforma, quedándose “pasmado” el sistema o tardándose en cargar al hacer los saltos de sección. Esto generó cierta desesperación en dos de los practicantes. Al finalizar el instrumento, a una persona le quedó duda en si se habían registrado sus respuestas.

### c) Viabilidad

En este rubro se identificó si era posible cumplir con las metas del instrumento y su llenado, tomando en cuenta los recursos necesarios para su realización. En general, a los participantes les pareció que teniendo el tiempo y acceso a internet no habría mayor inconveniente en el llenado de la encuesta, salvo los problemas en el funcionamiento de la plataforma.

### d) Comentarios y reacciones generales

En este campo se registraron los comentarios y reacciones generales de los participantes respecto de la plataforma de aplicación y al instrumento; asimismo, se registró e indagó sobre el tiempo requerido para completar la prueba y la respuesta emocional (cómo sintió la persona) al finalizar la prueba. Sobre la plataforma de aplicación, todos los participantes comentaron sobre las dificultades técnicas: su lentitud en los saltos de sección y el quedarse “pasmado”. Sobre el instrumento, todos los participantes comentaron sobre lo repetitivo que era la última cédula (CERQ). El tiempo de llenado osciló entre los 25 y 40 minutos, incluyendo las pausas que hicieron para dar sus comentarios al momento del llenado. Al preguntar sobre cómo se sintieron, en general comentaron que bien o “normal”. Cinco personas comentaron que les había parecido largo el llenado. Una persona propuso usar una imagen para la difusión de la encuesta.

Con el propósito de dar respuesta a los elementos identificados en la prueba piloto, se tomaron las siguientes decisiones:

- 2) Cambiar de plataforma de aplicación de Google Formularios a SurveyMonkey, para responder a todas las modificaciones identificadas durante el piloto. Ello implicó la compra de una membresía para el uso de la plataforma y la migración de la información a la nueva plataforma.
- 3) Acortar la batería, especialmente el CERQ. Para cumplir este fin, se decidió usar la versión de 27 reactivos de dicho instrumento (ver Método Fase 1).

Una vez ajustado el CERQ e instrumentada la encuesta en la plataforma SurveyMonkey (apéndice 1), se realizó un segundo piloteo en 5 personas habitantes de Ciudad de México y su zona metropolitana, obteniéndose resultados favorables.

### *Aplicación*

Una vez realizados los ajustes al instrumento con base en lo observado en la segunda prueba piloto, se inició la aplicación de la encuesta mediante la plataforma de SurveyMonkey, la cual permite a través del uso de internet, cargar cuestionarios e instrumentos que pueden ser contestados por cualquier persona que cuente con la dirección de acceso. También asegura el anonimato de los respondientes, pues la plataforma no provee identificación alguna de las personas que accedan al documento, más allá de las que solicita el investigador en el propio instrumento, es decir, no se cuenta con una identificación basada en dirección IP, o datos personales como el nombre o dirección física.

Se usó la técnica de bola de nieve a través de la aplicación de mensajería de WhatsApp, Telegram, Facebook y correo electrónico para la difusión de la encuesta. Asimismo, se contactó a profesores universitarios para que pudieran difundir la encuesta entre sus alumnos y colegas. Al dar clic en el enlace enviado por mensajería, éste llevaba a la página de la encuesta donde se desplegaba un mensaje alusivo al consentimiento informado (apéndice 2), y se invitaba al participante a contestar el instrumento. La primera pantalla contenía la ficha de datos sociodemográficos y de salud, posteriormente se despliegan en pantallas el contenido de las escalas con las respectivas opciones de respuesta. Al finalizar la encuesta se visualizaba información sobre recursos informativos y de atención disponibles, y dos folletos sobre la identificación de síntomas depresivos, de estrés y su manejo (apéndices 3 y 4). El levantamiento de la información se realizó entre junio y diciembre del 2021.

Asimismo, desde el consentimiento se brindaba un correo electrónico donde el participante podía contactar con la investigadora principal por si requería más información sobre el estudio, sus resultados y cualquier inquietud que haya surgido a raíz de la encuesta. El tiempo promedio de respuesta fue de 15 minutos.

### *Manejo de la información y análisis*

Los resultados se descargaron en formato XLS mediante contraseña en la plataforma de SurveyMonkey. La base de datos se encriptó para su análisis manera global (grupala) en el paquete estadístico IBM-SPSS v.25. Se obtuvieron las frecuencias y medidas de tendencia central para cada escala y sus dimensiones. Se hicieron los análisis de corte inferencial a través de estadísticos de prueba de hipótesis y análisis de correlación entre las escalas.

Se evaluó la fiabilidad de los instrumentos usados en el estudio a través de un análisis de consistencia interna con alfa de Cronbach, y la validez de constructo mediante análisis factorial exploratorio.

Se efectuaron análisis de regresión múltiple para examinar los efectos independientes e interactivos de las adversidades en la infancia y estrés actual en la predicción de la sintomatología depresiva. Inicialmente se probaron las asociaciones no ajustadas, luego se repitieron los análisis controlando las covariables demográficas, de salud y estrés actual. Para analizar los tres modelos propuestos, los resultados se interpretaron de la siguiente manera:

*Modelo de generación de estrés.* Se probó una asociación bivariada significativa entre la adversidad en la infancia y sintomatología depresiva, combinada con una relación no significativa de la adversidad en la infancia después de controlar el estrés actual.

*Modelo acumulativo de estrés.* Se evaluó si hay efectos significativos tanto de los eventos adversos en la infancia como del estrés actual de manera independiente, sin un término de interacción significativo entre ellos.

*Modelo de sinergia del estrés.* Se verificó si había efectos significativos tanto de los eventos adversos en la infancia como del estrés actual, así como una interacción o potenciación de sus efectos de manera conjunta.

Se modeló mediante ecuaciones estructurales para probar el grado de ajuste de los datos observados con el modelo conceptual hipotetizado de mejor ajuste en el programa AMOS-25, probando el posible efecto mediador de las estrategias de regulación emocional. El modelo de análisis se basó en el modelo conceptual propuesto en la presente tesis (figura 7).

**Figura 7**

*Modelo estructural basado en el modelo conceptual*



## Consideraciones Éticas

El presente protocolo fue aprobado por el Comité de Ética del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (apéndice 7). Para tal fin se llenaron los formatos y se siguieron los procedimientos indicados por la institución. Inicialmente se había propuesto trabajar con población general asistente a centros de salud, sin embargo, ante la imposibilidad de hacer el levantamiento por la pandemia por SARS-COV2, se hizo una enmienda al comité de ética de la misma institución, en el que se solicitó el cambio en la estrategia de levantamiento de la información, enmienda que fue aprobada.

Para cuidar los lineamientos éticos, se procedió de la siguiente manera:

Se aseguró el anonimato de los respondientes, no se les pidió nombre y la plataforma para la aplicación no proveía identificación alguna de las personas que accedían al cuestionario. Se invitó a los usuarios a participar haciendo de su conocimiento el propósito del estudio y la forma en la cual participarían. Se aclaró que la participación era voluntaria haciendo énfasis que en podían terminar en cualquier momento su intervención. Se les dio a leer y

se le pidió dar su consentimiento de participación a través de una pregunta específica sobre ello dentro de la encuesta, donde se aclararon los procedimientos, beneficios y riesgos de participar, así como toda la información sobre la investigación y el cuidado ético de la información (ver consentimiento informado en apéndice 2).

Se otorgó a los participantes toda la información necesaria para la aclaración de dudas que surgieran sobre el proyecto de investigación, su participación y sus derechos. Se hizo el compromiso de que la información obtenida era anónima y estrictamente confidencial. Se contó con un directorio de instituciones de atención psicológica y psiquiátrica, que fue compartido con los respondientes para que consultaran información en caso de requerirlo. Igualmente, se dio acceso a dos folletos informativos y material sobre la sintomatología depresiva y estrés, en el que se incluyen algunos consejos para su manejo, un listado de recursos de orientación gratuita, y otros de atención a la salud mental a bajo costo y/o en línea (apéndices 3 y 4). Se le aclaró al participante que los servicios que impliquen algún costo correrían por su cuenta.

La autora de este trabajo y encargada del levantamiento de la información cuenta con formación y experiencia en el área de salud mental, por lo que se contaba con la posibilidad de brindar contención o información en caso de ser necesario, el cual se brindó vía correo electrónico. Se facilitó un correo en el que los participantes podían comunicarse para cualquier orientación, aclaración, dudas o conocer más del estudio.

# Resultados

*“El hombre encuentra a Dios detrás de cada  
puerta que la ciencia logra abrir!”*

*-Albert Einstein-*

## RESULTADOS FASE 1: ADAPTACIÓN, CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS.

Ante la necesidad de evaluar las estrategias cognitivas y conductuales de regulación emocional, y dada la falta de especificidad de su análisis en población mexicana, se requirió adaptar culturalmente el *Cognitive Emotion Regulation Questionnaire-CERQ* y el *Behavior Emotion Regulation Questionnaire-BERQ*, así como pilotear y ajustar todas las escalas seleccionadas. Por otro lado, para evaluar el nivel de estrés actual en el contexto de la pandemia, se desarrolló y validó la *Escala de Adversidad y Estrés*. A continuación, se describen resultados obtenidos en cada uno de estos procesos.

### **A) Adaptación cultural y validación semántica del Cuestionario de Regulación Emocional Cognitiva (CERQ\*) y del Cuestionario de Regulación Emocional Conductual (BERQ\*)**

Enseguida se describen cada una de las actividades realizadas y los resultados de la adaptación y validación del CERQ y BERQ, desarrolladas a partir de las buenas prácticas para la traducción y adaptación cultural de instrumentos propuestas por la International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR) Task Force (Wild, 2005), así como las recomendaciones de Mora-Ríos et al., 2013; y Muñiz, Elosua y Hambleton, 2013 (figura 6).

*1. Preparación.* En esta fase se contactó a las autoras del CERQ vía una página de internet que ellas habilitaron para obtener el permiso de uso. Ellas respondieron positivamente a la solicitud mandando por correo electrónico el manual correspondiente para la utilización e interpretación del CERQ, solicitando que se les fueran compartidos los principales hallazgos al final del estudio. En un segundo momento, se volvió a contactar vía correo electrónico a las mismas autoras quienes recientemente desarrollaron el BERQ (Kraaij & Garnefski, 2019). Ellas respondieron enviando el instrumento con la solicitud de hacerles saber los resultados.

2. *Traducción directa.* Se desarrollaron dos traducciones directas independientes de cada uno de los instrumentos. Las encargadas de esta labor fueron personas con información suficiente sobre los conceptos teóricos y manejo del idioma inglés (habilidad comunicativa) y español como idioma natal.

3. *Reconciliación.* En sesión plenaria con 6 expertas en el campo de la salud mental y con conocimiento en los dos idiomas, se revisaron las discrepancias entre las traducciones considerando la versión original de los instrumentos. Se llegó a un consenso sobre el uso más común y las preferencias de uso del lenguaje. Los elementos y reactivos que generaron mayores discrepancias se muestran en el cuadro 2.

## Cuadro 2

### *Principales discrepancias entre las dos traducciones al español del CERQ y del BERQ*

Original	Traducción 1	Traducción 2	Traducción Final
'(Almost) never' (1), 'Some-times' (2) 'Regularly' (3)	'(Casi) nunca' (1) 'A veces'(2)	'Nunca o casi nunca' (1), 'A veces' (2)	'(Casi) nunca' (1) 'A veces'(2)
'Often' (4)	'Regularmente' (3)	'Regularmente' / Habitualmente (3)	'Regularmente' (3)
'(Almost) always' (5)	'Frecuentemente' (4) '(Casi) siempre' (5)	'Con mayor frecuencia' (4) 'Siempre o casi' (5)	'Frecuentemente' (4) '(Casi) siempre' (5)

### CERQ

1. I feel that I am the one to blame for it	Siento que soy yo quien tiene la culpa	Siento que tengo la culpa de <b>lo sucedido</b>	Siento que tengo la culpa de lo sucedido
4. I think that basically the cause must lie within myself	4. Pienso que <b>básicamente la causa debe estar dentro de mí mismo</b>	Pienso que la causa debe estar <b>básicamente en mi interior</b>	4. Pienso que básicamente la causa debe estar dentro de mí mismo
I think that I have to accept	Pienso que tengo que aceptar que <b>esto ha ocurrido</b>	Pienso que tengo que aceptar <b>lo que sucede</b>	Pienso que tengo que aceptar que esto ha ocurrido

Original	Traducción 1	Traducción 2	Traducción Final
that this has happened			
I want to understand why I feel the way I do about what I have experienced	<b>Quiero</b> entender por qué me siento <b>de esta forma sobre lo que he</b> experimentado	<b>Busco</b> entender por qué <b>me siento como me siento</b> sobre lo experimentado	Quiero entender por qué me siento de esta forma sobre lo que he experimentado
I dwell upon the feelings the situation has evoked in me	<b>Me detengo</b> en los sentimientos que la situación <b>ha provocado en mí</b>	<b>Me quedo enganchado en /dándole vueltas a/Estoy piense y piense en/</b> los sentimientos que la situación <b>me ha provocado</b>	Me quedo dándole vueltas a los sentimientos que la situación me ha provocado
		<b>BERQ</b>	
I engage in other, unrelated activities	Me involucro <b>en otras actividades</b> Me involucro <b>en distintas actividades</b> Me involucro en <b>actividades no relacionadas</b>	Me involucro <b>en otras actividades que no tengan que ver con la situación</b>	Me involucro en otras actividades que no tengan que ver con la situación
I repress it and pretend it never happened	Lo <b>reprimo</b> y pretendo que nunca sucedió Lo <b>evito</b> y pretendo que nunca sucedió Lo <b>olvido</b> y pretendo que nunca sucedió.	Lo reprimo y <b>pretendo/finjo</b> que nunca sucedió.	Lo reprimo y pretendo que nunca sucedió.

4. *Traducción inversa.* A fin de evaluar la calidad de la traducción directa, una vez que se tuvo la versión consensuada en español, se hizo la traducción a la inversa con una persona de nativa de habla inglesa y experiencia en traducciones en el campo de la salud mental.

5. *Revisión de la traducción inversa y armonización.* La autora de este trabajo contrastó la traducción inversa con la original, revisando los ítems o palabras problemáticas, y, consultó a los traductores directos e inversos para consensuar las discrepancias y asegurar la equivalencia conceptual. En el cuadro 3 se muestran las principales discrepancias entre las versiones originales de las escalas y la re traducción realizada.

Hasta este punto se obtuvieron las versiones en español del CERQ y el BERQ con validez semántica.

**Cuadro 3**

*Principales discrepancias entre la versión original en inglés la Re-traducción del CERQ y del BERQ*

<b>Original</b>	<b>Re-traducción</b>	<b>Equivalencia conceptual</b>
'(Almost) never' (1), 'Some-times' (2) 'Regularly' (3) 'Often' (4) '(Almost) always' (5)	'(Almost) never' (1), 'Some-times' (2) 'Often' (3) 'Usually' (4) '(Nearly) always' (5)	Hay equivalencia. Tener precaución con el uso de Often y Usually en cuanto a orden y cantidad en México
1. I feel that I am the one to blame for it	I feel I am to blame for what happened	Son equivalentes, tener precaución sobre lo que se entiende por “lo sucedido” desde las instrucciones
2. I feel that I am the one who is responsible for what has happened	I feel I am responsible for what happened	Verificar tiempo verbal en español
I am preoccupied with what I think and feel about	I am worried about what I think and feel about what I have experienced	Equivalentes, tener precaución sobre lo que se entiende por “lo sucedido” desde las instrucciones
I dwell upon the feelings the situation has evoked in me	I keep thinking about the feelings the situation has caused me	Equivalentes
<b>BERQ</b>		
I engage in other, unrelated activities	I get involved in other activities that have nothing to do with the situation	Quitar el que no tenga “nada” que ver.

6. *Adaptación al grupo de interés.* Dado que se buscó lograr la equivalencia entre la versión original y la versión traducida/adaptada de las escalas, además de la validez semántica, fue necesario probar: 1) la equivalencia conceptual, 2) la pertinencia de los reactivos a la población objetivo, 3) la equivalencia operacional, y 4) la equivalencia de medición (Streiner, Norman & Cairney, 2015). Para tal fin, se siguieron tres procesos:

- 1) *Revisión de la literatura:* Se consultaron las bases de datos PudMed, PsylInfo y Latinindex, con el propósito de identificar artículos vinculados con las propiedades psicométricas del CERQ y el BERQ, con especial interés en su uso en población mexicana y/o usuarios de habla hispana.
- 2) *Consulta a expertos:* Se pidió a expertas en el área de salud mental y experiencia en investigación, pudieran evaluar la equivalencia conceptual, la pertinencia de cada reactivo y la equivalencia de la medición del CERQ y el BERQ. Para tal fin se adaptó la cédula de evaluación de Calleja (2019) en la que se les pedía evaluaran e hicieran sugerencias sobre los constructos de regulación emocional cognitiva y conductual, así como sobre las instrucciones y los reactivos que conforman las escalas (apéndice 5).

En total participaron 4 expertas, todas mujeres dedicadas a la investigación, cuyo tiempo de experiencia en el campo osciló entre los 15 y 42 años. Una vez que se obtuvieron todas sus respuestas, éstas fueron conjuntadas en un solo archivo para facilitar su análisis y comparación. Las sugerencias de modificación de reactivos fueron consideradas siguiendo los siguientes criterios: a) que el reactivo no perdiera su sentido original, y b) fuera más sencillo de entender para la población. Estas sugerencias fueron revisadas por la autora de este trabajo, en conjunto con una editora experta en redacción.

- 3) *Consulta al grupo de interés.* Se solicitó a hombres y mujeres entre los 18 y 25 años, estudiantes y habitantes de Ciudad de México, pudieran revisar y hacer sugerencias

sobre las instrucciones y reactivos de las escalas. Para ello se usó la estrategia metodológica de entrevistas cognitivas, estrategia que permite entender cómo los respondientes perciben e interpretan la pregunta e identificar problemas potenciales para el uso de cuestionarios en las encuestas (Drennan, 2003). Para realizar la evaluación cognitiva la autora del trabajo y otra persona con experiencia previa en el campo, realizaron pruebas verbales retrospectivas con base en un formato diseñado específicamente para cada escala, y considerando en el catálogo de Smith y Molina (2011) sobre los elementos a evaluar.

Asimismo, se usaron los criterios de comprensión, aceptación, relevancia e integridad semántica usado para la adaptación de escalas en otros estudios (Mora-Ríos et al., 2013). El nivel de comprensión se relaciona con atributos específicos como la simplicidad y la claridad de las preguntas. Un concepto incomprensible tiene contenidos que no son evidentes para la población, por ejemplo, el uso de terminología médica, que en muchos casos no tiene un significado claro para la población. Los criterios de aceptabilidad hacen referencia a cuando los contenidos del instrumento son culturalmente apropiados para la población, por lo que es importante evitar el uso de lenguaje confuso u ofensivo. La relevancia es que las preguntas mantengan una estrecha relación con el objeto de estudio, es decir, que las preguntas sean útiles y relevantes. Finalmente, integridad (integridad conceptual) que se refiere a la capacidad de integrar, en la medida de lo posible, todos los elementos locales del fenómeno de estudio en la estructura del instrumento.

Si esta correspondencia no existiera, el instrumento no cumpliría los niveles de equivalencia semántica, conceptual y técnica necesarios para su aplicación. Asimismo, y por sugerencia de una de las expertas consultadas, en la prueba cognitiva se incluyó la pregunta sobre qué tipo de evento estresante la persona pensó al contestar la prueba, y si hubo algún otro pensamiento que se

suele tener ante eventos estresantes que no se incluyera en el cuestionario. En total participaron 8 personas, 4 hombres y 4 mujeres.

A continuación, se describen los resultados obtenidos por los cuatro tipos de equivalencia.

### ***Equivalencia conceptual***

Se determinó la existencia y relevancia del concepto *Estrategias cognitivas y conductuales de regulación emocional* en la población meta, a través de las evidencias que se describen a continuación.

#### ***1) Revisión de la literatura***

Mediante la revisión de la literatura se identificó que el CERQ cuenta con estudios psicométricos en diferentes países y poblaciones (Potthoff et al., 2016). Fue desarrollado originalmente en Holanda (Garnefski et al., 2001; 2007) para adolescentes y adultos, y ha tenido diferentes adaptaciones: al rumano (Perte & Miclea, 2011), francés (Jermann, Van der Linden, Acremont & Zermatten, 2006), chino (Zhu et al., 2008), turco (Tuna, 2021), persa (Abdi, Taban & Ghaemian, 2012) e italiano (Cerolini et al., 2022), incluido el español en países de habla hispana como Argentina (Medrano, Moretti, Ortiz & Pereno, 2013), Perú (Domínguez & Medrano, 2016) y España (Domínguez-Sánchez, Lasa-Aristu, Amor & Holgado-Tello, 2013; Rodríguez-Sabiote et al., 2021). Se ha usado en poblaciones de adolescentes, adolescentes tardíos (16-18 años), población general de adultos (18-65 años), personas mayores (66-97 años), pacientes psiquiátricos (18-65 años) y población hospitalaria (18 años en adelante). En el apéndice 6 se presenta una ficha con las propiedades psicométricas de este instrumento en su versión en español (España) (adaptado de Calleja, 2019).

El análisis de componentes principales de los adolescentes tardíos mostró que, en este grupo, nueve factores explicaron el 62.2% de la varianza. La estructura de factores en

este grupo demostró ser aproximadamente similar al grupo de adolescentes tempranos. En este grupo, también, los dos primeros ítems de la *reevaluación positiva* terminaron en una dimensión con *enfocarse en la planificación*, mientras que los dos reactivos restantes de la Reevaluación positiva conformaron su propia dimensión. Con los adultos, los nueve factores también explicaron una parte considerable de la varianza (68.1%). Igualmente, casi todos los factores estaban de acuerdo con la estructura propuesta, con cargas factoriales que resultaron ser superiores a .59. La única desviación de la estructura (en comparación con el grupo de adolescentes tempranos) fue que, en el grupo de adultos, todos los ítems que pertenecen a las escalas de *enfoque en la planificación* y *la reevaluación positiva* integraron una sola dimensión (Garnefski, Kraaij & Spinhoven, 2002; Kraaij et al., 2008; Medrano et al., 2013).

Con las personas mayores, los nueve factores explicaron el 69.8% de la varianza. Al igual que con el grupo de adultos, con este grupo los ítems que pertenecen a las escalas *enfoque en la planificación* y *la reevaluación positiva* resultaron conformar una dimensión. Además, con este grupo, los reactivos pertenecientes a rumiación y castastrofización también parecían cargarse en una misma dimensión. Con el grupo de pacientes psiquiátricos, se encontró una vez más, la tendencia general de que los ítems pertenecientes a las escalas *enfoque en la planificación* y *la reevaluación positiva* se juntan en una dimensión. Todos los reactivos restantes se distribuyeron en la dimensión esperada, en todos los casos con un factor de carga superior a .40. En este grupo el porcentaje de varianza explicada fue del 68.1% (Kraaij et al., 2008).

Concretamente en México, se encontró que el CERQ ha sido utilizado en población que asiste al tercer nivel de atención a la salud, con mujeres con un diagnóstico oncológico de cáncer de mamá. El análisis factorial confirmatorio de la estructura original (9 factores) aportó un CMIN/DF=1.715, CFI=0.889, GFI=0.882, NFI=0.773, y RMSEA=0.042 (IC90; 0.038–0.047), con consistencia interna global de alfa de Cronbach=0.843 y de 0.571 (*reevaluación positiva*) a 0.737 (*poner en perspectiva*) para las escalas (Gálvez-Hernández et al., 2018). De

esta manera, las propiedades psicométricas de este estudio son consistentes con validaciones previas en otros países.

De los diversos análisis surgen claramente patrones comparables. En todos los casos las dimensiones explican más del 60% de la varianza. En la mayoría de los casos, las dimensiones están en total acuerdo con las escalas establecidas sobre una base teórica. La única excepción consistente es la superposición entre los reactivos que pertenecen a las escalas *enfoque en la planificación* y *la reevaluación positiva*. En la mayoría de los casos, estos ítems se conjuntaron en una misma dimensión. Esto se debe probablemente a la fuerte correlación entre estas dos escalas (que varía desde .62 con los adolescentes tempranos hasta .75 con las personas mayores). Sin embargo, con base en los coeficientes de consistencia interna las dos escalas en cuestión pueden ser dos escalas separadas. También sobre una base teórica, es importante seguir distinguiendo estas dos subescalas claramente como dos conceptos diferentes. Si bien el concepto de *enfoque en la planificación* se orienta claramente en pensar qué pasos tomar para enfrentar el evento (orientado a la acción), el concepto de *reevaluación positiva* se enfoca en atribuir un significado positivo al evento en términos de crecimiento personal (emocionalmente orientado). Aun así, los análisis factoriales y de correlación indican que los dos conceptos están estrechamente relacionados. Por lo tanto, esto es ciertamente importante tenerlo en cuenta al interpretar los puntajes.

En cuanto al recientemente publicado BERQ (Kraaij & Garnefski, 2019), hasta el momento no se pudieron identificar trabajos que reportaran sus propiedades psicométricas, por lo que se describen los resultados de su desarrollo. Este cuestionario fue validado en una muestra de 457 adultos (mayores de 18 años) asistentes al primer nivel de atención en Holanda. El promedio de edad fue de 45.6 años. La mayoría eran mujeres (81.2%), 50.7% estaban casadas o vivían en pareja y 83.2% tenían educación superior (licenciatura o posgrado). La mayoría (76.4%) tenía un trabajo remunerado. La estructura factorial fue probada a través del análisis de componentes principales, con rotación Oblimin. Se extrajeron cinco factores que juntos explicaron el 78.6% de la varianza. Las

comunalidades de las variables oscilaron entre 0.64 y 0.87. Los factores estaban totalmente de acuerdo con la asignación a priori de los reactivos a las dimensiones (todas las cargas en los factores excedieron de 0.79). Cada reactivo tenía su factor de carga más alto en la escala a la que pertenecía teóricamente. Varios reactivos también cargaron en otros factores, pero nunca con una carga mayor a 0.56. Los siguientes ítems tenían cargas  $> 0.4$  en otros factores: todos los reactivos de la escala *enfoque activo* cargaron en la escala de *búsqueda de apoyo social*; los ítems 2-4 de la escala *búsqueda de apoyo social* cargaron en la escala de *acercamiento activo*; el último ítem de la escala de *retirada* cargó en la escala *ignorar*, y el último ítem de la escala *ignorar* cargó en la escala de *retirada*. Los coeficientes de correlación entre los factores de *acercamiento activo* y *búsqueda de apoyo social* y entre los factores *retiro e Ignorar* también mostraron que estaban interrelacionados en cierto grado (coeficientes de correlación de  $-0.49$  y  $0.36$  respectivamente).

En resumen, las propiedades psicométricas del CERQ son consistentes con validaciones en diferentes países y poblaciones, por lo que se considera una medida sensible clínica y culturalmente adaptada. Respecto al BERQ, es un instrumento con amplio potencial para obtener medidas sensibles clínica y culturalmente adaptadas, que complementa al CERQ. El presente trabajo aporta información valiosa sobre sus propiedades psicométricas en población mexicana.

2) *Consulta a expertos:*

Todas las expertas consultadas coincidieron en que el constructo era relevante y viable de evaluar en la población objetivo, brindando comentarios como los siguientes:

*La regulación emocional conductual es un proceso que todas las personas llevamos a cabo* (Investigadora y terapeuta Cognitivo-Conductual, con 25 años de experiencia).

*El constructo estará presente en la población diana* (Investigadora psicosocial con 42 años de experiencia).

*...podría hipotetizar que la gran mayoría de la población ha vivido algún evento estresante, además estarán presentando una enfermedad ellos o algún familiar, hecho que puede ser un evento estresante*  
(Investigadora con experiencia clínica, con 15 años de experiencia).

En resumen, los constructos de estrategias cognitivas y conductuales de regulación emocional son relevantes a la población objetivo, y con base en los estudios internacionales, son interpretados, o tienen el potencial de serlo (como en el caso del BERQ), de manera similar que en la población original en la que se desarrollaron cada una de las escalas.

### ***Equivalencia (pertinencia) de cada reactivo***

En esta fase se analizó la relevancia de cada uno de los reactivos para la población meta y su posible aceptación en ella. Para ello, se consultó a expertos en el área y a la población de interés.

#### ***1) Consulta a expertos.***

Con base en la adaptación de un formato elaborado por Calleja (2019), se solicitó a las expertas revisar si cada uno de los reactivos era pertinentes al constructo y a la dimensión de la que teóricamente forman parte. También se les solicitó verificar si eran comprensibles para y aplicables a la población meta, y en caso de no serlo, pudieran re frasearlos o reemplazarlos para adaptarlos (Calleja, 2019).

En el cuadro 4 se resumen los reactivos en los que hubo mayor discrepancia (3 o más propuestas de modificación). Con base en las sugerencias vertidas, y a partir de la revisión de las sugerencias por parte de la autora de este trabajo y una editora experta, se obtuvo la versión adaptada por expertos del CERQ y del BERQ.

**Cuadro 4**

*Reactivos del CERQ y BERQ en donde hubo 3 o más sugerencias de cambio*

<b>Escala/Dimensión</b>	<b>Reactivo inicial</b>	<b>Versión final</b>
CERQ/Autoculpa	1.1 Siento que tengo la culpa de lo sucedido	Siento que yo tengo la culpa de lo sucedido
CERQ/Autoculpa	1.4 Pienso que básicamente la causa debe estar dentro de mí mismo	Pienso que esencialmente la causa está en mí mismo
CERQ/Rumia	3.9 A menudo pienso en cómo me siento sobre lo que he experimentado	Constantemente pienso en cómo me siento sobre lo sucedido
CERQ/Rumia	3.11 Quiero entender por qué me siento de esta forma sobre lo que he experimentado	Quiero entender por qué siento de la manera que siento sobre lo sucedido
CERQ / Reenfocar en la planificación	5.20 Pienso sobre un plan de qué puedo hacer mejor	Hago planes sobre lo que puedo mejorar
CERQ/ Reevaluación positiva	6.23 Creo que la situación también tiene sus lados positivos	Pienso que la situación también tiene su lado positivo
CERQ/ Culpar a otros	9.35 Pienso en los errores que otros han cometido en este asunto	Pienso en los errores que otros han cometido en la situación
BERQ / Ignorar	Lo reprimo y pretendo que nunca sucedió.	Lo reprimo y hago de cuenta que nunca pasó

La mayoría de las modificaciones estuvieron relacionadas con el tiempo verbal usado, por ejemplo: *Lo que ha sucedido Vs. Lo que sucedió*. Muchos reactivos para referirse a los “eventos estresantes”, mencionan *situación, evento, suceso, experiencia o “ello”*, quedándose en la mayoría, la que hace referencia a situación. Una de las revisoras recomendó evitar el uso de “experimentar”, por considerar que su uso entre la población es menos frecuente, y que podría relacionarse con ámbitos de investigación o prueba. Los

términos más conflictivos resultaron ser: “pensar sobre un plan” y “me siento de esa forma”.

El grupo de interés no hizo mayores observaciones a nivel de comprensión de las preguntas, en general estas les resultaron claras y simples. No se reportó ningún término complicado o incomprensible. Tampoco se tuvieron comentarios sobre sensación de incomodidad o molestia sobre las preguntas. Donde se obtuvieron mayores observaciones fue en el área de relevancia de las preguntas del CERQ, ya que a la mayoría de los participantes les parecieron repetitivas o redundantes.

### ***Equivalencia operacional***

Se evaluó la utilización de las instrucciones y el modo de aplicación en la población meta, a través de la consulta con los expertos y la población meta. Sólo una experta simplificó e hizo algunos ajustes a las instrucciones, las cuales se incluyeron en la versión adaptada por expertos de los instrumentos. Se cuidó que los aspectos clave de las instrucciones no se omitieran. Los integrantes de la población meta, comprendieron las instrucciones y llenaron el cuestionario sin dificultad.

*Generación de las versiones modificadas.* Las propuestas de modificación a los instrumentos por parte de los integrantes de la población meta, fueron revisadas e integradas a través de un análisis de contenido, para tener las versiones finales adaptadas tanto del BERQ como del CERQ. Después de la revisión del CERQ por parte de la población de interés y de tener la batería completa de instrumentos para la fase 2 de esta investigación, se optó por adaptar la versión de 36 reactivos a 27 (ver Método fase 1).

7. *Revisión final y prueba piloto.* Las versiones finales del CERQ-27 y el BERQ fueron revisadas con detenimiento e integradas a la batería más amplia de instrumentos. Se revisarán errores menores de formato, deletreo u orden. Se organizó una reunión con expertos en el área de la salud mental para su revisión final. Una vez que se obtuvo la

versión final de la batería, esta fue piloteada en la población objetivo (20 participantes), haciéndose ajustes menores, especialmente relacionados con la estrategia de aplicación (cambio de plataforma).

### ***Equivalencia de la medición***

La equivalencia de medición (confiabilidad y validez) de ambos instrumentos, se verificó con una muestra de 200 hombres y mujeres entre los 18 y 25 años que se obtuvo en la segunda fase de este estudio (ver Método fase 2).

### ***CERQ-27***

Para comprobar la pertinencia de realizar un análisis de la validez del CERQ, se calculó la medida de adecuación muestral KMO confirmando dicho resultado con la prueba de esfericidad de Barlett, las cuales fueron satisfactorias (prueba de esfericidad de Bartlett:  $\chi^2 = 2386.241$ ;  $p < 0,000$ ,  $KMO = .782$ ). El análisis factorial exploratorio con rotación promax arrojó 8 factores, todos concordantes con la estructura factorial de instrumento original (Garnefski & Kraaij, 2007), salvo los factores de reinterpretación positiva y reenfoque del plan, cuyos ítems formaron un solo factor nombrado ahora Evaluación positiva (tabla 1). La fiabilidad se evaluó a través de un análisis de consistencia interna con alfa de Cronbach, mostrando confiabilidad adecuada en general y por cada una de las sub-escalas ( $\alpha = 0.69$  a  $0.88$ )

**Tabla 1**

*Análisis factorial exploratorio del CERQ e índices de confiabilidad.*

Reactivos	8 Dimensiones							
	Evaluación positiva	Auto-culpa	Culpar a otros	Poner en perspectiva	Aceptación	Catastrofi-zación	Reenfoque positivo	Rumiación
Pienso en un plan sobre lo que puedo hacer mejor	0.939							
Pienso en cómo cambiar las cosas	0.905							
Pienso en cómo puedo enfrentar mejor la situación	0.676							
Pienso que puedo aprender algo de la situación	0.617							
Pienso que lo que ha pasado puede hacerme más fuerte	0.499							
Pienso que lo ocurrido tiene también su lado positivo	0.487							
Siento que soy responsable de lo que ha pasado		0.883						
Me siento culpable de lo sucedido		0.859						
Pienso que básicamente la causa de la situación recae en mí mismo/a		0.748						
Pienso que otros son responsables de lo ocurrido			0.913					
Me parece que otros tienen la culpa de lo sucedido			0.869					
Pienso que principalmente la causa de lo sucedido recae en otros			0.838					
Me digo que hay cosas peores en la vida				0.889				
Pienso que otras personas pasan por experiencias mucho peores				0.855				
Pienso que no ha sido tan malo comparado con otras situaciones				0.646				
Pienso que debo aprender a vivir con ello					0.919			

## Resultados Fase 1: Adaptación, construcción y validación de instrumentos

Constantemente pienso que lo que he vivido es lo peor que puede pasarle a alguien	0.912								
Me quedo pensando en lo terrible que es lo que he vivido	0.715								
Continuamente pienso en lo horrible que ha sido la situación	0.856								
Pienso en algo agradable en lugar de lo que ha ocurrido	0.804								
Pienso en cosas agradables que nada tengan que ver con lo sucedido	0.756								
Pienso en algo más agradable que en lo que ha sucedido								0.999	
Pienso que debo aceptar lo que ha pasado								0.632	
Pienso que tengo que aceptar la situación								0.629	
Me quedo pensando en los sentimientos que la situación me ha provocado									0.924
Pienso constantemente en cómo me siento en relación con lo sucedido									0.777
Me preocupa lo que pienso y siento sobre lo que me ha pasado									0.369
<b>Total</b>									
<i>Varianza explicada</i>	73.0%								
<i>Alfa de Cronbach</i>	$\alpha = .88$	$\alpha = .88$	$\alpha = .86$	$\alpha = .80$	$\alpha = .83$	$\alpha = .77$	$\alpha = .74$	$\alpha = .69$	$\alpha = .78$

### BERQ

El valor de la medida de adecuación muestral de Kaiser Meyer-Olkin (KMO) para los 20 reactivos del BERQ fue de .823. La significancia de la prueba de esfericidad de Barlett fue menor de  $p < 0.001$ . El análisis arrojó 5 dimensiones acordes a la estructura original del instrumento (Kraaij & Garnefski, 2019), que en conjunto, explicaron el 73 % de la varianza total (tabla 2).

**Tabla 2**

*Análisis factorial exploratorio del BERQ e índices de confiabilidad.*

Reactivos	5 Dimensiones					
	Apoyo social	Acercamiento activo	Retirada	Ignorar	Distracción	
Busco a alguien que me consuele	0.934					
Le pido consejo a alguien	0.896					
Comparto mis sentimientos con alguien	0.880					
Busco alguien que me pueda apoyar	0.833					
Trato de hacer algo respecto a lo ocurrido		0.894				
Hago lo necesario para enfrentar la situación		0.889				
Tomo acciones para lidiar con la situación		0.885				
Me pongo a trabajar en lo sucedido		0.873				
Me aílo de los demás			0.922			
Me alejo de las personas			0.868			
Me cierro a los demás			0.823			
Me retraigo			0.755			
Sigo adelante y pretendo que nada pasó				0.857		
Me comporto como si nada hubiera pasado				0.832		
Ignoro lo sucedido				0.765		
Lo reprimo y hago como que nunca sucedió				0.720		
Dejo de lado mis preocupaciones haciendo alguna otra cosa					0.819	
Me involucro en alguna actividad que me haga sentir bien					0.800	
Hago otras cosas para distraerme					0.785	
Me involucro en actividades que no tengan que ver con la situación					0.741	
<b>Total</b>	<b>73.1%</b>					
<i>Varianza explicada</i>						
<i>Alfa de Cronbach</i>	$\alpha = .82$	$\alpha = .91$	$\alpha = .90$	$\alpha = .86$	$\alpha = .81$	$\alpha = .80$

## B) Propiedades psicométricas de la Escala Adversidad y Estrés (EAE)

Ante la necesidad de evaluar el nivel de estrés actual en el contexto de la pandemia, se desarrolló y validó la *Escala de Adversidad y Estrés*. A continuación, se describen resultados obtenidos en la validación de dicha escala.

### **Resultados**

*Caracterización de la muestra.* La media de edad fue 25.7 años (D.E.= 5.640); 73% eran mujeres, el 40% habitantes de la Ciudad de México. El total eran estudiantes de licenciatura; el 86% reportó estar soltero/a.

*Análisis de reactivos.* Un reactivo tuvo que ser eliminados al efectuar los procedimientos de discriminación de reactivos por frecuencias, por sesgo y curtosis, por diferencias entre grupos extremos y por correlación reactivo–puntaje total. Los porcentajes promedio de participantes para cada una de las cinco opciones de respuesta fueron: 23%; los porcentajes más altos en una de las opciones fueron de 54% y 53% de los reactivos “relación con familiares o amigos” y “dificultades en la colonia o lugar de residencia” respectivamente. Los valores de sesgo oscilaron entre - 0.21 y 1.21. Todos los valores de la prueba t efectuados para probar en cada reactivo, la diferencia entre los puntajes totales de la escala del grupo bajo (media = .439; desv. est. =.202) y los del alto (media = 2.57; desv. est. =.429) resultaron altamente significativos ( $p<.001$ ). Para ninguno de los reactivos las correlaciones reactivo-puntaje total resultaron  $<.35$  (los índices fueron de .59 a .89).

### **Evidencias de validez factorial**

*Análisis Factorial Exploratorio (AFE).* El AFE efectuado con el método de Componentes Principales con rotación de Oblimin, mostró un valor de la medida de adecuación muestral de Kaiser Meyer-Olkin (KMO) de .891. La significancia de la prueba de esfericidad de Barlett

fue menor a  $p < 0.001$ ; ambos satisfactorios. El AFE arrojó 2 dimensiones: factores contextuales y relacionales. Estos dos factores explicaron el 48.3 % de la varianza total. En la tabla 3 se muestra la solución y las cargas factoriales para cada uno de los reactivos de la escala en las dos dimensiones.

**Tabla 3**

*Análisis factorial exploratorio de la Escala, índices de confiabilidad y medidas descriptivas.*

Reactivos N=12	2 Dimensiones		
		<i>Factores contextuales</i>	<i>Factores relacionales</i>
Situaciones relacionadas con el espacio o vivienda			.565
El trabajo o escuela			.635
Su relación con la pareja			.869
La relación con familiares o amigos			.524
La condición de aislamiento o soledad			.482
Situaciones relacionadas con el tiempo libre			.532
Situaciones relacionadas con el dinero		.686	
Su propia salud		.777	
La salud de familiares o gente cercana		.639	
Salir de casa		.748	
Dificultades en la colonia o lugar de residencia		.751	
La situación social y económica actual		.740	
	Total		
<i>Varianza explicada</i>	48.3%		
<i>Alfa de Cronbach</i>	$\alpha = .85$	$\alpha = .83$	$\alpha = .72$

\*Media teórica = 2; rango: 0 a 4.

*Análisis Factorial Confirmatorio (AFC).* Se efectuó un AFC para el modelo obtenido en el AFE y otro para la escala unidimensional (tabla 4). Se encontró un mejor ajuste del modelo de dos dimensiones para la escala, en la figura 8 se muestran los coeficientes factoriales estandarizados y, en la tabla 4 los índices de ajuste obtenidos para este modelo, los cuales resultaron satisfactorios. La correlación entre los factores fue  $r=.81$ .

**Tabla 4**

*Índices para los modelos unidimensional y de dos dimensiones*

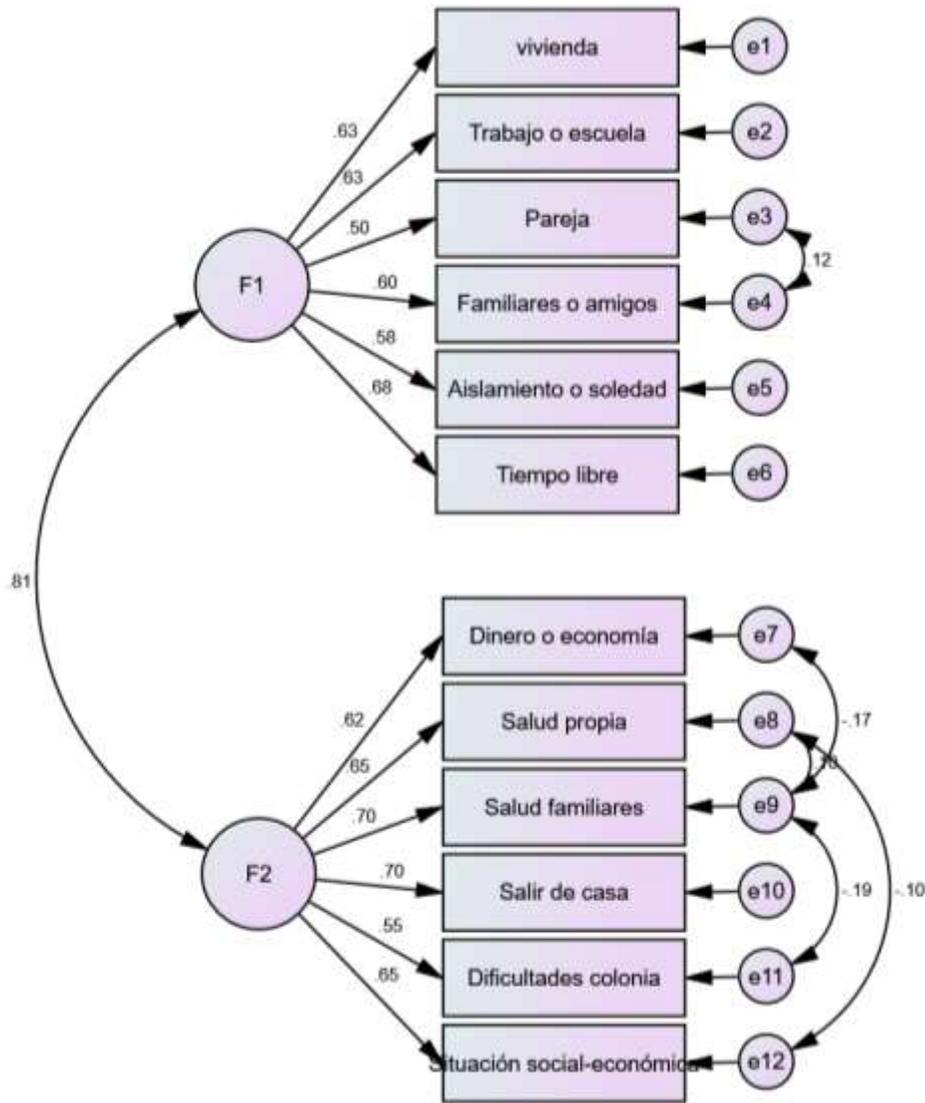
<i>Modelos</i>	$\chi^2/gl$ <i>CMIN</i>	<i>GFI</i>	<i>AGFI</i>	<i>CFI</i>	<i>NFI</i>	<i>SRMR</i>	<i>RMSEA</i> <i>(IC90%)</i>
<i>Escala Uni-dimensional</i>	369.58 /47=7.863	0.96 8	0.946	0.953	0.94	.057	.059 (.054, .065)
<i>Escala con dos dimensiones</i>	228.69/48= 4.76	0.98	0.968	0.973	0.967	.044	0.041 (.038, .050)

*Índice de consistencia interna.* El índice de consistencia interna obtenido para la escala total fue  $\alpha = .85$ , para la subescala de “Factores contextuales”,  $\alpha=.83$ ; y para la subescala de “Factores relacionales”,  $\alpha=.72$ . Para ninguno de los reactivos el “*alfa si se elimina el elemento*” resultó mayor que el obtenido para la escala total (tabla 3).

*Evidencias de validez de criterio.* Las evidencias de validez de criterio de la EAE se derivaron de la red nomológica, la cual establece las diferentes relaciones que teóricamente sostiene el constructo con mediciones de otras variables, como la sintomatología depresiva, los sentimientos negativos y positivos durante la cuarentena, la medida analógica del estrés y la percepción del estado de salud.

Figura 8

AFC del modelo bifactorial de la EAE y sus índices de ajuste.



Como se observa en la tabla 5, los análisis de correlación efectuados entre los puntajes de las dos subescalas y la escala total, y los puntajes de los instrumentos aplicados, mostraron índices en la dirección esperada, que resultaron altamente significativos, y que evidenciaron la validez discriminante y convergente de la escala. Las correlaciones más altas se obtuvieron con la escala emociones negativas durante la pandemia, y las más bajas con la medida analógica del estado de salud. En la tabla 5 se presentan también las medidas descriptivas de los instrumentos.

**Tabla 5**

*Índices de correlación de las subescalas del EAE y del puntaje total con los constructos asociados.*

		<i>Media (DE)</i>	<i>Correlación con EPE</i>	<i>Correlación Dimensión Factores relacionales</i>	<i>Correlación Dimensión Factores contextuales</i>
Patient Health Questionnaire-2		2.27 (1.77)	.594**	.604**	.481**
Emociones positivas durante la cuarentena		2.84 (.87)	-.324**	-.345**	-.247**
Emociones negativas durante la cuarentena		3.13 (1.05)	.678**	.606**	.628**
Medida Analógica de Estrés		3.49 (1.26)	.637**	.610**	.551**
Medida analógica del estado de salud		3.82 (.821)	-.279**	-.223**	-.285**

\*\*\*p<.001.

*Conclusiones de las propiedades psicométricas del EAE*

Los resultados demostraron que la EAE tiene una estructura de dos factores con propiedades psicométricas robustas: los factores relacionales, asociados a la afectación de las interacciones sociales como fuente de estrés, y los factores contextuales, más asociados a las situaciones o cambios del contexto. Además, el puntaje general obtenido a partir de la suma de los puntajes de los reactivos que integran la escala puede indicar el nivel del estrés asociado a la pandemia.

### C) Propiedades Psicométricas de la Lista de Eventos Adversos en la Infancia y Cuestionario Sobre la Salud del Paciente-9 (PHQ-9)

#### *Lista de Eventos Adversos en la Infancia*

El KMO obtenido con 16 reactivos fue de 0.691; la prueba de esfericidad de Bartlett arrojó una  $X^2 (497.215) = 15476.72$ ,  $p = 0.000$ , por lo tanto, los datos se consideraron adecuados para realizar el AFE. Inicialmente se incluyeron al análisis los 4 reactivos del Childhood Trauma (Public Health Management Corporation, 2014), que se añadieron a la lista de Felitti y colaboradores (1998), sin embargo, los análisis en paralelo mostraron una configuración más cercana a la estructura del instrumento original si se eliminaban del análisis estos reactivos. El análisis de los 12 reactivos sugirió los tres factores de la escala original, salvo el ítem relacionado con el abuso sexual, los cuales explicaron cerca del 49% de la varianza. En la tabla 6 se muestra la solución y las cargas factoriales para cada uno de los 12 reactivos de la escala en las dos dimensiones, las cuales fueron de aceptables a regulares. Se encontraron algunos reactivos con cargas factoriales menores de .40, pero se tomó la decisión de no eliminarlos, para poder incluirlos en los análisis de la segunda fase de esta investigación. Se identificó un valor  $\alpha = .75$  para la escala total y de .60 a .86 en las dimensiones.

**Tabla 6**

*Análisis factorial exploratorio de la Lista de Eventos Adversos en la Infancia e índices de confiabilidad.*

Reactivos	3 Dimensiones		
	Violencia Física	Negligencia-Carencia	Dinámica en el hogar
<i>Alguno de sus padres o cuidadores...</i>			
...lo empujó, sujetó, abofeteó o le arrojó algo? o lo golpeó tan fuerte que le dejó marcas o se lastimó?	0.954		
...actuaba de una manera que le hacía temer que pudiera lastimarlo físicamente?	0.871		
...NO lo amaba o lo hacía sentir importante o especial?, ó NO lo cuidaba o lo apoyaba?		0.575	
... estaba demasiado ausente para cuidar de usted o para llevarlo al médico si lo necesitaba?		0.468	
...NO mostraron interés por su bienestar y desarrollo		0.722	
...No Hubo personas a su alrededor que lo hicieran sentir seguro y protegido		0.735	
... No contaba con el dinero suficiente para cubrir las necesidades básicas? Ó Vivió importantes carencias económicas?		0.333	
¿Vivió la muerte, separación, divorcio, o abandono de alguno de sus padres o cuidadores principales?			0.320
¿Tuvo algún miembro de su familia cercana deprimido o enfermo mentalmente, o que intentó suicidarse?			0.312
¿Vivió con alguien que tuviera problemas con el alcohol, o que consumiera drogas?			0.780
¿Algún miembro de su familia cercana estuvo en prisión?			0.682
¿Su madre u otra persona cercana frecuentemente...fue empujada, sujetada, abofeteada o se le arrojó algo?			0.549
	<b>Total</b>		
<i>Varianza explicada</i>	48.7%		
<i>Alfa de Cronbach</i>	$\alpha = .75$	$\alpha = .86$	$\alpha = .69$
			$\alpha = .60$

*Cuestionario Sobre la Salud del Paciente-9 (PHQ-9)*

El coeficiente de KMO (0,889) y la prueba de esfericidad de Bartlett ( $p < 0,00$ ), indican que el análisis factorial es una técnica útil para el AFE. Se comprobó la estructura factorial de un solo factor para el PHQ-9, que explica el 56% de la varianza (tabla 7). Además, el instrumento tuvo una un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.90.

**Tabla 7**

*Análisis factorial exploratorio del PHQ-9 e índices de confiabilidad.*

Reactivos	1 Dimensión
	Síntomas depresión
Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0.83
Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0.81
Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0.80
Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0.77
Poco interés o placer en hacer cosas	0.77
Sin apetito o ha comido en exceso	0.76
Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0.74
¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más	0.63
Ha pensado que estaría mejor muerto(a) o en lastimarse de alguna manera	0.61
Varianza explicada	56.1%
Alfa de Cronbach	$\alpha$ . = .90

## **RESULTADOS FASE 2: PRUEBA DEL MODELO DE DIÁTESIS-ESTRÉS DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA**

En este apartado se hace una descripción de los principales hallazgos obtenidos en la segunda fase de la investigación. Para conocer mejor a la población de estudio, se detallan las características sociodemográficas, de salud mental (incluidos los síntomas depresivos), antecedentes de eventos adversos en la infancia, el estrés actual y las estrategias cognitivas y conductuales de regulación detectados en la muestra. Se describen las diferencias por sexo en estas mismas variables.

En la segunda sección se presentan los resultados de la comparación entre las/os jóvenes que presentan síntomas de depresión y los que no, esto para identificar cómo es que las variables incluidas en el estudio se pueden estar diferenciando según la presencia o ausencia de síntomas de depresión. Asimismo, se incluye otro apartado en los que se evalúan las correlaciones existentes entre las variables y perfilar los análisis multivariados.

Con el fin de evaluar las hipótesis de estudio, en una tercera sección se presentan los resultados obtenidos mediante análisis estadísticos multivariados, a través de los cuales se probaron los modelos hipotéticos de generación, acumulación y sensibilización del estrés.

## 1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Para caracterizar a la población de estudio, en esta sección se muestran los resultados generales en cuanto a los rasgos sociodemográficos: sexo, edad, estado civil, lugar de residencia, número de personas en el hogar y percepción del ingreso familiar; las características de las condiciones de salud vinculadas a la COVID-19 y a la salud mental: condiciones actuales de salud, asistencia a servicios de salud en los últimos 12 meses, consumo de alcohol, ansiedad y la proporción de síntomas depresivos. Además, se muestran los porcentajes de eventos adversos en la infancia, los niveles de estrés actuales y áreas afectadas por este, así como las estrategias de regulación cognitivas y conductuales usadas. A fin de identificar las diferencias por sexo en estas variables, se presentan los análisis estadísticos correspondientes según el nivel de medición de las variables ( $X^2$ , prueba U de Mann-Whitney y Prueba t de Student).

### ***1.1 Características sociodemográficas***

Un total de 502 personas participaron en el estudio, la muestra considerada para el presente estudio quedó integrada por 432 estudiantes al excluirse aquellos casos en los que la persona no estaba estudiando actualmente, no vivía en CDMX o su zona metropolitana, o en los que se identificaron valores perdidos en más de diez reactivos.

Las características de la muestra se presentan en la tabla 8. En el estudio participaron un mayor porcentaje de mujeres; la media de edad fue de 21 años; la mayoría son solteros residentes de Ciudad de México. En promedio viven 4 personas en el hogar del entrevistado/a y se tiene un ingreso medio-bajo (media teórica 5) para cubrir las necesidades básicas en el hogar.

**Tabla 8***Características demográficas de las/os participantes*

	Muestra Total	
	n=432	%
<b>Sexo</b>		
Mujeres	281	65.0
Hombres	151	35.0
<b>Edad (años)</b>		Media DE
	432	20.8 +-3.2
<b>Estado Civil</b>		
Soltera/o	420	97.2
Vive en pareja	12	2.8
<b>Estado de residencia</b>		
Ciudad de México	214	50.0
Estado de México	214	50.0
<b>Número de personas que viven en su hogar</b>	432	Media DE 4.5 +-1.8
<b>Percepción de suficiencia del ingreso familiar</b>	432	Media DE 6.5 +-2.7

**1.2 Condiciones de salud**

La tabla 9 ilustra las características de la muestra respecto de las condiciones de salud. Destaca que un 16% han sido diagnosticados con sobrepeso u obesidad, y alrededor de un 24% por COVID. Asimismo, un 43% de los participantes asistió algún servicio de salud en los últimos 12 meses. Aunque hay fluctuaciones por sexo, éstas no resultaron ser estadísticamente significativas. Por otro lado, respecto a condiciones de salud mental, se observa que alrededor de un 24% de la muestra está presentado consumo de riesgo de alcohol, siendo más alto el consumo entre los hombres que en las mujeres ( $\chi^2=12.37$ ,  $gl=2$ ,  $p=.002$ ;  $t=-3.78$ ,  $gl=258$ ,  $p=.000$ ), al tiempo que cerca de un 42% está presentando algún síntoma depresivo, siendo mayor su presencia entre las mujeres ( $t=2.36$ ,  $gl=413$ ,  $p=.018$ ), aunque no se identificaron diferencias por sexo considerando la variable como ausencia o presencia de síntomas (nominal). Los síntomas de salud mental más prevalentes resultaron ser los ansiosos (44%), se detectaron en promedio un mayor número de síntomas de

ansiedad en la muestra femenina en comparación con la masculina ( $\chi^2=5.81$ ,  $gl=1$ ,  $p=.016$ ;  $t=3.98$ ,  $gl=345$ ,  $p=.000$ ).

**Tabla 9**

*Condiciones de salud por sexo*

	Muestra Total		Mujeres		Hombres		*p
	n=432	%	n=281	%	n=151	%	
<b>Condiciones de salud</b>							
Diabetes o hipertensión	15	3.8	11	3.9	4	2.6	.493
Sobrepeso u obesidad	70	16.2	50	17.8	20	13.2	.221
Covid-19	102	23.6	59	21.0	43	28.5	.081
Otra	47	10.9	36	12.8	11	7.3	.079
<b>Asistió algún servicio de salud en los últimos 12 meses</b>	186	43.1	125	44.1	61	40.4	.413
<b>Consumo de alcohol</b>							
AUDIT-C		Media DE 2.2 +-2.3		Media DE 1.8. +-2.1		Media DE 2.8 +-2.5	.000
Bajo	327	76.6	227	81.7	100	67.1	.002
Riesgo	85	19.9	45	16.2	40	26.8	
Posible dependencia	15	3.5	6	2.2	9	6.0	
<b>Ansiedad</b>							
GAD-2		Media DE 2.6 +-1.7		Media DE 2.7+-1.77		Media DE 2.1+-1.5	.000
Sin Síntomas	238	56.3	143	52.0	95	64.2	.016
Con Síntomas	185	43.7	132	48.2	53	35.8	
<b>Depresión*</b>							
PHQ-9		Media DE 5.0 +-5.7		Media DE 5.5+-4.8		Media DE 4.1+-5.3	.018
Sin Síntomas	247	58.3	150	55.4	95	63.7	.101
Con Síntomas	185	41.7	122	44.6	53	36.3	
Mínimo	247	58.3	149	55.4	93	63.7	.165
Leve	91	21.9	58	21.6	33	22.6	
Moderado	46	11.1	37	13.8	9	6.2	
Moderado--grave	25	6.0	17	6.3	8	5.5	
Grave	11	2.7	8	3.0	3	5.3	

\*X<sup>2</sup> y t para diferencias por sexo

### **1.3 Eventos adversos en la infancia**

Con referencia a las adversidades vividas durante la infancia, en la tabla 10 se observa que el evento reportado como más frecuente fue el bullying (47%), seguido por haber vivido la separación o ausencia de alguno de los padres (40%), por el hecho de haber vivido en un barrio peligroso (cerca de un 34%), y por no haberse sentido amado o cuidado (33%). El promedio de adversidades vividas a partir de la lista presentada fue el 3.7, aunque poco más del 43% de los participantes reportaron haber vivido cuatro o más eventos adversos, siendo significativamente mayor este hecho entre las mujeres (cerca de un 47%) que en hombres (36%) ( $\chi^2=4.1$ ,  $gl=1$ ,  $p=.043$ ). También se identificaron diferencias significativas por sexo en el hecho de no haberse sentido amado o cuidado ( $\chi^2=4.92$ ,  $gl=1$ ,  $p=.026$ ), el tener algún familiar cercano con una enfermedad mental ( $\chi^2=3.98$ ,  $gl=1$ ,  $p=.046$ ), y en general, en las adversidades relacionadas con la dinámica en el hogar ( $t=2.43$ ,  $gl=405$ ,  $p=.015$ ), siendo más frecuentes entre las mujeres que en los hombres.

En promedio, los participantes calificaron qué tan feliz fue su infancia como un 7.5 (siendo la máxima puntuación 10), la calificación brindada por los hombres ( $\bar{X}=8$ ) fue significativamente más alta que la de las mujeres ( $\bar{X}=7$ ) ( $t=3.35$ ,  $gl=341$ ,  $p=.001$ ).

**Tabla 10**
*Eventos adversos en la infancia por sexo*

	Total n=432	Mujeres n=281	Hombres n=151		
	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	*p	
<b>Negligencia-carencia</b>	432	1.1 (1.3) %	1.01 (1.3) %	0.91 (1.3) %	0.327
Padres o personas cercanas NO mostraron interés por su bienestar	22	7.3	8.0	6.0	0.538
NO hubo personas que lo hacían sentir seguro	34	11.3	13.4	7.0	0.097
No lo amaban o sentía que era importante, No lo cuidaban o apoyaban	135	33.2	37.0	26.2	0.026
NO tenía quien lo protegiera o padres ausentes	43	10.6	9.2	13.0	0.215
Vivió importantes carencias económicas, no tenían para cubrir necesidades básicas	91	22.4	24.0	19.3	0.272
		<b>Media (DE)</b>	<b>Media (DE)</b>	<b>Media (DE)</b>	
<b>Violencia Física</b>	321	.48(.76) %	0.51 (.76) %	0.44 (.75) %	0.347
Sus padres u otro adulto lo insultaba o le hacía temer lastimarlo físicamente	116	28.5	29.8	26.2	0.446
Sus padres u otro adulto lo empujó, lo golpeó, lastimó físicamente	83	20.4	21.8	17.9	0.359
		<b>Media (DE)</b>	<b>Media (DE)</b>	<b>Media (DE)</b>	
<b>Dinámica del hogar</b>	321	1.1 (1.2) %	1.2 (1.2) %	.91(1.1) %	0.015
Vivió la muerte, separación o abandono de alguno de sus padres o cuidadores	163	40.0	43.5	33.8	0.055
Su madre u otra persona cercana vivió violencia física	62	15.2	16.0	13.8	0.547
Vivió con alguien con problemas con el alcohol o drogas	94	23.1	25.2	19.3	0.178
Tuvo algún familiar cercano deprimido, enfermo mental, o con intento suicida	96	23.6	26.7	17.9	0.046
Tuvo algún familiar cercano en prisión	38	9.3	10.7	6.9	0.208
<b>Abuso sexual</b>	56	13.8	14.9	11.7	0.375
<b>Buylling</b>	191	46.9	48.1	44.8	0.527
<b>Vecindario peligroso o con alta delincuencia</b>	137	33.7	32.1	36.6	0.359
<b>Otro evento que haya marcado su infancia</b>	95	23.3	22.9	24.1	0.778
<b>4 o más eventos</b>	176	43.2	46.9	36.6	0.043
		<b>Media (DE)</b>	<b>Media (DE)</b>	<b>Media (DE)</b>	
<b>Total de eventos</b>		3.7 (3.0)	3.8 (2.9)	3.3 (3.1)	0.089
<b>¿Qué tan feliz fue su infancia?</b>		7.5 (2.0)	7.30 (2.1)	7.95 (1.7)	0.001

 \*X<sup>2</sup> y t según el nivel de medición de las variables

Además de la información cuantitativa, se pudo recolectar información de orden cualitativo, la cual dejó ver las múltiples vivencias experimentadas como eventos adversos en la infancia, muchos de los cuales versaron en torno a las violencias y abusos en el entorno familiar y social, así como la vivencia directa de enfermedades o en personas cercanas, y separaciones y muerte de personas cercanas. En el cuadro 5, se retoman algunos de los testimonios.

### **Cuadro 5.**

#### *Testimonios de otros eventos adversos vividos en la infancia*

*Estar presente en un tiroteo*

*Violación, vi a mi padre teniendo relaciones sexuales con su cuñada, conocí a una de sus amantes y al hijo que tuvo con mi papá*

*Separación de mis padres, ser subestimada por parte de mi familia materna*

*Me violó un familiar y en seis ocasiones me acosaron sexualmente (fue por parte de distintas personas y distintos lugares y momentos)*

*Violencia intrafamiliar (mi padrastro me tocaba indebidamente y me golpeaba, y una de mis tías cercanas, también me golpeaba; además de que ella le restaba valor e importancia a mis palabras y sentimientos, cuando yo intentaba buscar apoyo emocional y cercanía con algún otro miembro de la familia. Además, ésta misma tía, justificaba su conducta violenta diciendo que: "eran conductas normales de familia")*

*Al ser la menor de 4 hijas, realmente me pasaban de largo y no me ponían la suficiente atención o me preguntaban si estaba bien, si comía bien o como me iba en la escuela, durante muchos años estuve triste porque pensaba y aún llego a pensar que soy irrelevante en la familia.*

*En mi infancia me llegué a enfermar varias veces y una vez estuve a punto de fallecer debido a eso.*

*Esquizofrenia, Alzheimer, Narcisismo y Trastorno Orgánico de la Personalidad de mis principales cuidadores, familia reconstruida, viviendo en casa abuela paterna, madre hospitalizada por operaciones a los 6 años*

*El diagnóstico de mi hermano (tiene autismo) [...]*

**Cuadro 5.**

*Testimonios de otros eventos adversos vividos en la infancia (Continuación..)*

*Problemas de salud a los 8 años que me hacían entrar y salir de clínicas frecuentemente, al mismo tiempo que mis padres se divorciaban.*

*Separación de mi familia entre países*

*No es violencia, pero cuando era niña, mi abuela era uno de mis cuidadores principales y falleció antes de que cumpliera 7 años.*

*Me pasé gran parte de mi infancia en hospitales porque era recurrente que tuviera accidentes graves (en especial por descuido de mi padre), en una ocasión hasta vinieron representantes del cuidado infantil a ver que no sufriera violencia intrafamiliar.*

**1.4 Estrés actual**

En la tabla 11 se pueden observar los niveles de estrés generados por la pandemia en distintas áreas de la vida de los participantes. Destaca el impacto que este ha tenido en las relaciones escolares y el manejo del tiempo libre, seguidos por el estrés vinculado a la afectación en el manejo del espacio y la vivienda, y la salud de familiares y personas cercanas. El mayor nivel de estrés se ha dado en el área de las relaciones interpersonales, y es donde precisamente se observan diferencias significativas entre hombres mujeres ( $t=2.93$ ,  $gl=389$ ,  $p=.000$ ), siendo las mujeres las que reportan un mayor estrés. Sobre la percepción del grado de control, cronicidad y soledad en que se ha vivido esta situación, destacan que las mujeres reportan una mayor cronicidad ( $z = -2.183$ ,  $p=.029$ ) y soledad ( $z = -3.193$ ,  $p=.001$ ), que los hombres.

Tabla 11

*Impacto de la pandemia (estrés actual) por sexo*

	Total N=301	Mujeres N=198	Hombres N=103	
	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	*p
<b>Relacional</b>	1.6(.85)	1.8(.85)	1.4(.80)	.000
Situaciones relacionadas con el espacio o vivienda	1.7 (1.3)	1.8(1.3)	1.4(1.3)	.016
El trabajo o escuela	2.2(1.3)	2.4(1.3)	2.0(1.3)	.008
Su relación con la pareja	.96(1.3)	1.1(1.4)	.72(1.1)	.023
La relación con familiares o amigos	1.6(1.3)	1.8(1.3)	1.3 (1.1)	.000
La condición de aislamiento o soledad	1.2 (1.3)	1.3(1.3)	1.2(1.2)	.519
Situaciones relacionadas con el tiempo libre	2.1(1.3)	2.3(1.3)	1.8(1.3)	.001
<b>Contextual</b>	1.4(.91)	1.4(.88)	1.2(.93)	.132
Situaciones relacionadas con el dinero	1.6(1.5)	1.6(1.4)	1.5(1.3)	.777
Su propia salud	1.1(1.2)	1.3(1.3)	1.0(1.2)	.109
La salud de familiares o gente cercana	1.7(1.2)	1.7(1.4)	1.5(1.3)	.165
Salir de casa	.99(1.1)	1.0(1.2)	.90(1.0)	.453
Muerte de una persona cercana	1.1(1.5)	1.2(1.5)	1.0(1.4)	.424
La situación social y económica actual	1.6 (1.3)	1.6(1.3)	1.5(1.4)	.360
<b>Otros</b>	.72(1,3)	.76 (1,3)	.64(1.2)	.315
<b>Total de la escala Estrés (Nombre)</b>		1.5(.76)	1.2(.77)	.004
<b>Percepción de la situación</b>				
Ha podido influir o controlar esta situación o evento	1.8(.86)	1.7 (.81)	1.8(.94)	.411
Ha vivido en soledad o aislamiento esta situación o evento	1.3(1.1)	1.4(1.1)	1.1(1.0)	.029
Considera que esta situación o evento es crónico o lleva tiempo presentándose (más de 3 meses)	1.3(1.1)	1.5(1.1)	1.1(1.1)	.001

\*t Student, Prueba U de Mann-Whitney, y X<sup>2</sup> según nivel de medición de las variables  
Media teórica = 2; rango: 0 a 4.

Además de la información de corte cuantitativo sobre el estrés actual, se obtuvo información de orden cualitativo, el cual muestra otras áreas de vida afectadas y fuentes de estrés para los jóvenes, entre los que destacan la incertidumbre ante el futuro, el haber

detenido planes y las dificultades ante nuevos contextos de vida y aprendizaje. En el cuadro 6, se muestran algunos de los testimonios expresados.

### **Cuadro 6.**

*Testimonios de otras áreas de vida afectadas y fuentes de estrés para los jóvenes en el contexto de la pandemia*

*El futuro*

*Preocupación por mi existencia y mi futuro*

*Buscar la independencia pero no poder porque no tengo dinero y no poder trabajar*

*No saber qué hacer con mi vida*

*Yo mismo*

*A veces me estresa poder morir joven*

*Aislamiento social*

*El no poder continuar con mi proceso terapéutico*

*Posible pérdida de trabajo de mi padre*

*El que mi mamá se pueda quedar sin trabajo*

*Mi hermanx fue diagnosticadx con depresión y ansiedad, ha tenido varios ataques de ansiedad y pensamientos suicidas.*

*Los cambios repentinos en el costo de las cosas, por ejemplo: el incremento en el precio del gas, la luz, el transporte público, etc.; así como también, la falta de medicamentos en los hospitales, el vandalismo en las escuelas públicas y la inseguridad que se vive, generalmente, en el país.*

*Demasiadas tareas por parte de la escuela, pasar mucho tiempo frente a la computadora por las clases en línea, perder todas mis prácticas escolares, a causa de la pandemia.*

*Tareas complicadas*

*El desarrollo de mi trabajo de titulación profesional*

### 1.5 Estrategias cognitivas y conductuales de regulación del estrés

Al analizar *las estrategias cognitivas* de regulación del estrés, se identificó que la rumiación, la aceptación y la evaluación positiva son las estrategias más usadas. La *estrategia conductual* más frecuente es el acercamiento activo. Se identificaron diferencias estadísticamente significativas por sexo en las estrategias cognitivas de auto culpa ( $t=3.87$ ,  $gl=358$ ,  $p=.000$ ), rumiación ( $t=2.10$ ,  $gl=358$ ,  $p=.036$ ), reenfoque positivo ( $t=-2.47$ ,  $gl=358$ ,  $p=.014$ ), y evaluación positiva ( $t=-2.66$ ,  $gl=358$ ,  $p=.008$ ), así como en las estrategias conductuales de retirada ( $t=2.99$ ,  $gl=358$ ,  $p=.003$ ) y acercamiento activo ( $t=2.83$ ,  $gl=358$ ,  $p=.005$ ), no así en las escalas totales (tabla 12).

**Tabla 12**

*Estrategias de regulación emocional por sexo*

	Total N=301	Mujeres N=198	Hombres N=103	
	Media	Media	Media	* <i>p</i>
<b>Estrategias cognitivas</b>				
Auto-culpa	2.8(1.1)	2.9(1.1)	2.5(1.0)	0.000
Aceptación	3.1(1.0)	3.1(.99)	3.1(1.0)	0.917
Rumiación	3.2(1.0)	3.2 (.97)	3.0(1.0)	0.036
Reenfoque positivo	2.6(.93)	2.6(.90)	2.9(.95)	0.014
Evaluación positiva	3.1(.99)	3.0(.96)	3.3(.97)	0.008
Poner en perspectiva	3.0(1.1)	3.0(1.1)	3.0(1.0)	0.550
Catastrofización	2.1(.94)	2.2(.98)	2.0(.88)	0.123
Culpar a otros	2.1(.95)	1.7(.84)	1.7(.83)	0.903
<b>Total CERQ</b>	2.7(.58)	2.8 (.57)	2.7(.60)	0.963
<b>Estrategias conductuales</b>				
Búsqueda de distracción	2.7(.91)	2.8(.98)	2.7(.89)	0.549
Retirada	2.7(1.2)	2.8(1.1)	2.4(1.2)	0.003
Acercamiento activo	2.9(1.0)	2.8(.99)	3.1(1.0)	0.005
Apoyo social	2.6(1.2)	2.5(1.2)	2.5(1.1)	0.619
Ignorar	2.4(1.0)	2.4(1.1)	2.4(.95)	0.744
<b>Total BERG</b>	2.6(.58)	2.7(.57)	2.7(.59)	0.934

\*Prueba t

## 2. VARIABLES DE ESTUDIO SEGÚN CONDICIÓN DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS

Con el propósito de identificar las diferencias por condición de síntomas de depresión (presencia y ausencia) en las variables sociodemográficas, de salud, eventos adversos, estrés actual y estrategias de regulación emocional, en la siguiente sección se presentan los resultados correspondientes de las pruebas estadísticas  $\chi^2$ , prueba U de Mann-Whitney y Prueba t de Student, según el nivel de medición de las variables.

### 2.1 Características sociodemográficas por condición de síntomas depresivos

Al contrastar las características sociodemográficas de la muestra según presencia o ausencia de síntomas depresivos, se observaron diferencias significativas por edad ( $t=3.08$ ,  $gl=392$ ,  $p=.004$ ) y por número de personas que viven en el hogar del encuestado ( $t=-2.18$ ,  $gl=410$ ,  $p=.030$ ), siendo los más jóvenes y en los hogares donde viven más personas en donde se reportan más síntomas (tabla 13).

**Tabla 13**

*Características demográficas por condición de síntomas de depresión*

	Sin síntomas n=242	Con síntomas n= 173	
	%	%	<i>p</i>
<b>Sexo</b>			
Mujer	66.1	69.4	.101
Hombre	38.4	30.6	
<b>Estado de residencia</b>			
Ciudad de México	47.1	45.5	.504
Estado de México	48.8	52.6	
	<b>Media (DE)</b>	<b>Media (DE)</b>	<b><i>p</i></b>
<b>Edad (años)</b>	21.2 (3.7)	20.3(2.3)	.002
<b>Número de personas que viven en su hogar</b>	4.3 (1.4)	4.7 (2.1)	.030
<b>Percepción de suficiencia del ingreso familiar</b>	6.7 (2.6)	6.2 (2.8)	.063

\* $\chi^2$  y t según el nivel de medición de las variables

## 2.2 Condiciones de salud por condición de síntomas depresivos

Al diferenciar las condiciones de salud física y mental por presencia-ausencia de síntomas de depresión, en la tabla 14 se identifica que al considerar las puntuaciones del AUDIT-C como categóricas, se detecta una diferencia estadísticamente significativa ( $\chi^2=6.43$  gl=2,  $p=.040$ ), no así cuando se considera la puntuación media de la prueba ( $t=-1.14$ , gl=413,  $p=.236$ ). La principal diferencia se observa en aquel grupo de jóvenes con una posible dependencia al alcohol, quienes presentan un mayor número de síntomas depresivos. Asimismo, se detectó un mayor número ( $t=-8.55$ , gl=413,  $p=.000$ ), y proporción de síntomas ansiosos ( $\chi^2=60.64$ , gl=1,  $p=.000$ ) entre quienes presentan síntomas depresivos, en comparación con los que no.

**Tabla 14**

*Condiciones de salud por sintomatología depresiva*

	Sin síntomas n=242	Con síntomas n= 173	
	%	%	*p
<b>Condiciones de salud</b>			
Diabetes o hipertensión	2.5	5.2	.143
Sobrepeso u obesidad	13.6	20.2	.074
Covid-19	22.3	27.2	.256
Otra	12.0	10.4	.617
<b>Asistió algún servicio de salud en los últimos 12 meses</b>	42.9	45.1	.552
<b>Consumo de alcohol</b>			
AUDIT-C	<b>Media DE</b> 2.1 (2.1)	<b>Media DE</b> 2.4 (2.7)	.236
	%	%	
Bajo	77.7	73.4	.040
Riesgo	20.7	20.2	
Posible dependencia	1.7	6.4	
<b>Ansiedad</b>			
GAD-2	<b>Media DE</b> 2.0 (1.4)	<b>Media DE</b> 3.4 (1.7)	.000
Sin Síntomas	71.5	32.9	.000
Con Síntomas	28.5	67.1	

\* $\chi^2$  y t para diferencias por sexo

**2.3 Eventos adversos en la infancia por condición de síntomas depresivos**

En la tabla 15 se observa que en general, haber vivido negligencia y carencias en la infancia, especialmente de índole afectiva; la violencia física, en particular la sufrida directamente; la dinámica en el hogar, principalmente haber tenido un familiar cercano con algún problema mental; el número total de eventos, así como la percepción de una infancia menos feliz, hacen una diferencia significativa entre los jóvenes que están viviendo síntomas depresivos en la actualidad los que no (ver valores de las pruebas estadísticas en tabla).

**Tabla 15**

*Eventos adversos en la infancia por sintomatología depresiva*

	Sin síntomas	Con síntomas		
	Media (DE)	Media (DE)	*p	X <sup>2</sup> ó t
<b>Negligencia-carencia</b>	.77 (1.1)	1.6 (1.5)	.000	-5.887
	%	%		
Padres o personas cercanas NO mostraron interés por su bienestar	4.7	12.9	.003	8.958
NO hubo personas que lo hacían sentir seguro	5.5	22.2	.000	25.271
Sentía que nadie lo amaba o que era importante, familia No se cuidaba o apoyaba mutuamente	21.2	49.7	.000	36.386
NO tenía para comer, quien lo protegiera o padres ausentes	7.2	15.2	.010	6.718
Vivió importantes carencias económicas, no tenían para cubrir necesidades básicas	19.1	26.9	.061	3.504
	Media (DE)	Media (DE)		
<b>Violencia Física</b>	0.42 (.74)	0.58 (.78)	.043	-2.026
	%	%		
Sus padres u otro adulto lo insultaba o le hacía temer lastimarlo físicamente	24.2	34.5	.022	5.213
Sus padres u otro adulto lo empujó, lo golpeó, lastimó físicamente	18.2	23.4	.201	1.633

	Media (DE)	Media (DE)		
<b>Dinámica del hogar</b>	1.0 (1.2)	1.3 (1.2)	.041	-2.052
	%	%		
Vivió la muerte, separación o abandono de alguno de sus padres o cuidadores	37.3	43.9	.182	1.783
Su madre u otra persona cercana vivió violencia física	13.6	17.5	.270	1.219
Vivió con alguien con problemas con el alcohol o drogas	22.0	24.6	.550	.357
Tuvo algún familiar cercano deprimido, enfermo mental, o con intento suicida	19.5	29.2	.022	5.228
Tuvo algún familiar cercano en prisión	8.5	10.5	.483	.493
<b>Abuso sexual</b>	13.1	14.6	.668	.184
<b>Buylling</b>	43.6	51.5	.119	2.433
<b>Vecindario peligroso o con alta delincuencia</b>	33.1	34.5	.760	.094
<b>Otro evento que haya marcado su infancia</b>	19.5	28.7	.031	4.653
<b>4 o más eventos</b>	34.3	55.6	.000	18.215
	Media (DE)	Media (DE)		
<b>Total de eventos</b>	3.1 (2.8)	4.4 (3.1)	.000	-4.361
<b>¿Qué tan feliz fue su infancia?</b>	8.0 (1.7)	6.9 (2.2)	.001	5.715

X<sup>2</sup> y t según el nivel de medición de las variables

#### 2.4 Estrés actual por condición de síntomas depresivos

En la tabla 16 se puede observar que el área de mayor impacto de la pandemia y fuente de estrés es aquel vinculado a cuestiones de la escuela, siendo mayor para quienes presentan síntomas de depresión. Se detecta que tanto el estrés vinculado a las relaciones interpersonales, como el estrés del contexto, así como el estrés en general (escala total), es más alto entre quienes presentan síntomas depresivos en comparación con aquellos que no. Asimismo, el reporte de haber vivido estas situaciones en soledad y de manera crónica (más de 3 meses), es más alta entre quienes tienen síntomas depresivos, al tiempo que la percepción de poder controlar o influir en la situación, es más alta entre aquellos sin síntomas de depresión (valores de las pruebas estadísticas en tabla 16).

Tabla 16

*Impacto de la pandemia (estrés actual) por sintomatología depresiva*

	Sin síntomas n=217	Con síntomas n= 92	<i>t ó U de</i>	
	Media (DE)	Media (DE)	<i>p</i>	<i>Mann</i>
<b>Relacional</b>	1.3(.80)	2.0(.76)	.000	-8.063
Situaciones relacionadas con el espacio o vivienda				13447.5
El trabajo o escuela	1.4(1.2)	2.1(1.3)	.000	
Su relación con la pareja	1.9(1.3)	2.8(1.2)	.000	11298.0
La relación con familiares o amigos	.92(1.3)	1.0(1.3)	.496	18025.5
La condición de aislamiento o soledad	1.3(1.2)	2.0(1.2)	.000	12410.0
Situaciones relacionadas con el tiempo libre	1.0(1.2)	1.5(1.4)	.001	15246.0
	1.7 (1.3)	2.7 (1.2)	.000	10871.5
<b>Contextual</b>	1.1(.85)	1.6(.90)	.000	-5.417
Situaciones relacionadas con el dinero				14808.0
Su propia salud	1.4(1.3)	1.9(1.4)	.000	
La salud de familiares o gente cercana	.98 (1.2)	1.4(1.3)	.000	14767.5
Salir de casa	1.5(1.3)	1.9(1.4)	.001	15138.0
Muerte de una persona cercana	.75(.94)	1.3(1.2)	.000	13802.5
La situación social y económica actual	.98(1.4)	1.4(1.5)	.001	15306.0
Otros	1.4(1.2)	1.8(1.4)	.002	15373.0
	.58 (1.2)	.90(1.5)	.035	16846.5
<b>Total de la escala</b>	1.2(.73)	1.7(.72)	.000	-7.376
				$\chi^2$
<b>Ha podido influir o controlar esta situación o evento</b>				15379.5
	1.9 (.87)	1.6(.82)	.001	
<b>Ha vivido en soledad o aislamiento esta situación o evento</b>				13547
	1.0(.97)	1.6(1.1)	.000	
<b>Considera que esta situación o evento es crónico o lleva tiempo presentándose (más de 3 meses)</b>				11204.5
	.98(.99)	1.8 (1.1)	.000	

t Student, Prueba U de Mann-Whitney según nivel de medición de las variables

### 2.5 Estrategias cognitivas y conductuales de regulación por síntomas depresivos

Al analizar las estrategias de regulación por grupos con y sin síntomas depresivos, se identifican diferencias estadísticamente significativas prácticamente en todas las estrategias cognitivas (excepto en la estrategia de poner en perspectiva), y conductuales (salvo en la búsqueda de distracción). En general, se observa que las estrategias más “adaptativas” como el renfoque y evaluación positiva, el acercamiento activo y la búsqueda de apoyo social, son más altas entre quienes no presentan síntomas, al tiempo que las estrategias “menos adaptativas” como la rumiación, catastrofización, autculpa, culpar a otros, la retirada e ignorar son más altos entre quienes presentan síntomas (tabla 17).

**Tabla 17**

*Estrategias de regulación emocional por sintomatología depresiva*

	Sin síntomas N=203	Con síntomas N=157		
	Media	Media	*p	t
<b>Estrategias cognitivas</b>				
Auto-culpa	2.5(1.0)	3.2(1.1)	.000	-6.325
Aceptación	3.0(1.0)	3.2(.95)	.029	-2.187
Rumiación	3.0 (1.0)	3.3(.96)	.003	-3.027
Reenfoque positivo y plan	2.8(.92)	2.5(.92)	.002	3.133
Evaluación positiva	3.3(.98)	2.9(.92)	.001	3.334
Poner en perspectiva	3.0(1.1)	3.0(1.2)	.746	-.324
Catastrofización	1.9(.82)	2.5(.99)	.000	-5.783
Culpar a otros	1.6(.76)	1.8(.91)	.011	-2.572
<b>Total CERQ</b>	2.7 (.57)	2.8(.57)	.025	-2.247
<b>Estrategias conductuales</b>				
Búsqueda de distracción	2.7(.91)	2.8(.99)	.334	-.967
Retirada	2.2(.95)	3.2(1.1)	.000	-9.140
Acercamiento activo	3.1(1.0)	2.7(.97)	.001	3.229
Apoyo social	2.7(.97)	2.3(1.1)	.006	2.755
Ignorar	2.2(.90)	2.7(1.1)	.000	-4.366
<b>Total BERG</b>	2.6(.56)	2.8(.58)	.002	-3.060

\*Prueba t de Student

### 3. CORRELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES DEL ESTUDIO

Para responder al objetivo de la presente investigación, previamente se hicieron correlaciones de Pearson entre las variables de estudio. Debido a la cantidad de dimensiones y subdimensiones que describen las variables del estudio, se realizan correlaciones por separado para facilitar su lectura y descripción.

En la tabla 18 se presentan las correlaciones del total de las escalas. Todas las correlaciones resultaron significativas  $p \leq 0,01$  con síntomas de depresión: el estrés actual ( $r_p=.417$ ), los eventos adversos en la infancia ( $r_p=.266$ ), las estrategias de regulación emocional cognitivas ( $r_p=.178$ ) y conductuales ( $r_p=.232$ ). También se observaron asociaciones significativas entre los eventos adversos en la infancia y el estrés actual ( $r_p=.454$ ), y con las estrategias de regulación emocional, así como entre éstas y los eventos adversos en la infancia. Todas mostraron una correlación de moderada a baja.

**Tabla 18**

*Correlación entre variables de estudio: Escalas totales*

	Depresión	Estrés actual	Eventos adversos en la infancia	Estrategias Cognitivas	Estrategias Conductuales
Depresión (PHQ-9)	1				
Estrés actual	.417**	1			
Eventos adversos en la infancia	.266**	.454**	1		
Estrategias Cognitivas (CERG)	.178**	.296**	.145**	1	
Estrategias Conductuales (BERG)	.232**	.292**	.177**	.755**	1

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

### 3.1 Correlación entre síntomas depresivos y otras condiciones de salud mental

Para conocer la relación entre síntomas de depresión y el consumo de alcohol, ansiedad y el estrés actual en sus dimensiones relacional y contextual, así como la percepción de control, vivencia en soledad y cronicidad del estrés se llevó a cabo la correlación de Person y se encontró que todas las correlaciones resultaron significativas  $p \leq 0.05$ , salvo la relación con el consumo de alcohol. La relación más fuerte se dio entre la depresión y el estrés en su dimensión relacional ( $r_p=.456$ ). Otras asociaciones que destacaron fue entre el nivel de estrés actual con el haber vivido el evento de manera crónica (más de tres meses) ( $r_p=.521$ ), y entre el vivir el estrés de manera crónica y el estrés en su dimensión relacional ( $r_p=.532$  (tabla 19).

**Tabla 19**

*Correlación entre síntomas de depresión y otras condiciones de salud mental*

	Depresión	Consumo de OH	Ansiedad	Estrés actual	Dimensión Relacional	Dimensión Contextual	Control	Soledad	Crónico
<b>Depresión (PHQ-9)</b>	1								
<b>Consumo de OH (AUDIT-C)</b>	0.037	1							
<b>Ansiedad (GAD-2)</b>	.434**	-0.044	1						
<b>Estrés actual</b>	.417**	0.088	.435**	1					
Dimensión Relacional	.456**	0.055	.475**	.888**	1				
Dimensión Contextual	.306**	0.082	.321**	.903**	.629**	1			
<b>Control</b>	-.133**	.089	-.132**	-0.001	-0.021	0.005	1		
<b>Soledad</b>	.355**	.106*	.286**	.421**	.472**	.285**	0.027	1	
<b>Crónico</b>	.428**	.030	.390**	.521**	.532**	.402**	-0.057	.524**	1

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral).

\* . La correlación es significativa en el nivel 0.05 (bilateral).

### 3.2 Correlación entre síntomas depresivos y los eventos adversos en la infancia

Con respecto a la asociación entre la sintomatología depresiva y los eventos adversos en la infancia, en la tabla 20 se observa una asociación lineal estadísticamente significativa, entre el nivel de síntomas de depresión y haber vivido eventos adversos en la infancia por violencia física y por la dinámica en el hogar, destacando la asociación con los eventos en el ámbito del descuido o negligencia emocional ( $r_p=.351$ ).

**Tabla 20**

*Correlación entre síntomas de depresión y eventos adversos en la infancia*

	Depresión	Eventos adversos en la infancia	Descuido-negligencia	Violencia física	Dinámica en el hogar
<b>Depresión (PHQ-9)</b>	1				
<b>Eventos adversos en la infancia</b>	.266**	1			
Eventos por descuido-negligencia	.351**	.788**	1		
Eventos por violencia física	.139**	.704**	.415**	1	
Eventos por dinámica en el hogar	.140**	.746**	.395**	.366**	1

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral).

### 3.3 Correlación entre síntomas depresivos y las estrategias de regulación

Con el propósito de identificar la asociación entre los síntomas de depresión y las distintas estrategias cognitivas de regulación, en la tabla 21 se observa una asociación lineal estadísticamente significativa e inversamente proporcional entre el puntaje de síntomas de depresión y la evaluación y reenfoque positivos, así como una relación positiva con el culpar a otros, la aceptación, y la rumiación, destacando su asociación con la autculpa ( $r_p=.377$ ) y la catastrofización ( $r_p=.323$ )

**Tabla 21**

*Correlación entre síntomas de depresión y estrategias cognitivas de regulación*

	Depresión	Estrategias Cognitivas	Evaluación positiva	Auto culpa	Culpar otros	Poner en perspectiva	Aceptación	Catastro-fización	Reenfoque positivo	Rumiación
<b>Depresión (PHQ-9)</b>	1									
<b>Estrategias Cognitivas</b>	.178**	1								
Evaluación positiva	-.158**	.705**	1							
Autoculpa	.377**	.463**	-0.034	1						
Culpar otros	.220**	.374**	0.052	.137**	1					
Poner en perspectiva	0.040	.584**	.434**	.109*	0.073	1				
Aceptación	.141**	.713**	.408**	.352**	.157**	.363**	1			
Catastrofización	.323**	.417**	-0.010	.364**	.367**	-0.002	.183**	1		
Reenfoque positivo	-.145**	.561**	.566**	-0.058	.114*	.328**	.341**	-0.039	1	
Rumiación	.192**	.626**	.288**	.453**	.154**	.110*	.409**	.380**	.218**	1

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral).

Con respecto a las estrategias conductuales de regulación, los síntomas de depresión se asociaron de manera inversamente proporcional a las estrategias de acercamiento activo y apoyo social, y una asociación positiva con ignorar ( $r_p=.270$ ) y retirada ( $r_p=.487$ ), siendo ambas las que presentaron mayor fuerza de asociación (tabla 22).

Tabla 22

Correlación entre síntomas de depresión y estrategias conductuales de regulación

	Depresión	Estrategias Conductuales	Búsqueda de distracción	Retirada	Acercamiento Activo	Apoyo Social	Ignorar
<b>Depresión (PHQ-9)</b>	1						
<b>Estrategias Conductuales</b>	.232**	1					
Búsqueda de distracción	0.088	.666**	1				
Retirada	.482**	.508**	.111*	1			
Acercamiento Activo	-.115*	.552**	.282**	-.106*	1		
Apoyo Social	-.113*	.516**	.229**	-0.096	.448**	1	
Ignorar	.270**	.525**	.299**	.417**	-0.060	-.185**	1

\*\*. La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral).

\*. La correlación es significativa en el nivel 0.05 (bilateral).

### 3.4 Correlación entre los eventos adversos en la infancia y las variables de estudio

En la tabla 23 se presenta la relación entre el estrés proximal en sus dimensiones relacional y contextual y los eventos adversos en la infancia, según las dimensiones de descuido-negligencia, violencia física y dinámica en el hogar, presentándose las correlaciones más altas entre los eventos por descuido y negligencia y el estrés actual ( $r_p=.458$ ) y el total de eventos adversos y el estrés actual ( $r_p=.454$ )

**Tabla 23**

*Correlación entre eventos adversos en la infancia y estrés actual*

	<b>Eventos adversos en la infancia</b>	Descuido- negligencia	Violencia física	Dinámica en el hogar	<b>Estrés actual</b>	Relacional	Contextual	<b>Control</b>	<b>Soledad</b>	<b>Crónico</b>
<b>Eventos adversos en la infancia</b>	1									
Descuido- negligencia	.788**	1								
Violencia física	.704**	.415**	1							
Dinámica en el hogar	.746**	.395**	.366**	1						
<b>Estrés actual</b>	.454**	.458**	.273**	.250**	1					
Relacional	.398**	.396**	.247**	.207**	.888**	1				
Contextual	.402**	.405**	.233**	.240**	.903**	.629**	1			
<b>Control</b>	-0.050	-0.061	0.010	-0.053	-0.001	-0.021	0.005	1		
<b>Soledad</b>	.336**	.341**	.179**	.195**	.421**	.472**	.285**	0.027	1	
<b>Crónico</b>	.380**	.383**	.237**	.200**	.521**	.532**	.402**	-0.057	.524**	1

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral).

En lo referente a la relación entre las distintas fuentes de adversidad en la infancia y las estrategias cognitivas de regulación, en la tabla 24 se observa que el descuido-negligencia presenta las correlaciones más altas con las distintas estrategias de regulación, destacando su vínculo con la auto culpa ( $r_p=.213$ ) y catastrofización ( $r_p=.239$ ).

**Tabla 24**

*Correlación entre eventos adversos y estrategias cognitivas de regulación*

	Descuido o negligencia	Violencia física	Dinámica en el hogar	Evaluación positiva	Auto culpa	Culpar otros	Poner en perspectiva	Aceptación	Catastrofización	Reenfoque positivo	Rumiación
Descuido o negligencia	1										
Violencia física	.415**	1									
Dinámica en el hogar	.395**	.366**	1								
Evaluación positiva	-0.086	-0.045	0.016	1							
Autoculpa	.213**	.114*	0.085	-0.034	1						
Culpar otros	.176**	0.073	.122*	0.052	.137**	1					
Poner en perspectiva	0.035	0.099	.130*	.434**	.109*	0.073	1				
Aceptación	0.101	.130*	0.083	.408**	.352**	.157**	.363**	1			
Catastrofización	.239**	0.045	0.067	-0.010	.364**	.367**	-0.002	.183**	1		
Reenfoque positivo	-.153**	-.159**	-0.086	.566**	-0.058	.114*	.328**	.341**	-0.039	1	
Rumiación	.187**	0.045	0.083	.288**	.453**	.154**	.110*	.409**	.380**	.218**	1

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral).

\* . La correlación es significativa en el nivel 0.05 (bilateral).

Con respecto a la relación entre los distintos ámbitos de adversidades en la infancia y las estrategias conductuales (tabla 25), se identificaron correlaciones estadísticamente significativas entre las estrategias de retirada e ignorar con las distintas fuentes de adversidad, destacando la relación entre el descuido-negligencia con la estrategia de retirada ( $r_p=.377$ ).

**Tabla 25**

*Correlación entre eventos adversos y estrategias conductuales de regulación*

	Eventos adversos en la infancia				Estrategias conductuales			
	Descuido o negligencia	Violencia física	Dinámica en el hogar	Búsqueda de distracción	Retirada	Acercamiento Activo	Apoyo Social	Ignorar
Descuido o negligencia	1							
Violencia física	.415**	1						
Dinámica en el hogar	.395**	.366**	1					
Búsqueda de distracción	-0.005	-0.048	0.034	1				
Retirada	.377**	.203**	.214**	.111*	1			
Acercamiento Activo	-0.088	0.025	0.016	.282**	-.106*	1		
Apoyo Social	-0.086	-0.087	-.109*	.229**	-0.096	.448**	1	
Ignorar	.203**	.150**	.124*	.299**	.417**	-0.060	-.185**	1

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral).

### **3.5 Correlación entre estrés actual y las estrategias de regulación emocional**

Con el propósito de identificar la relación entre las dimensiones del estrés actual y las distintas estrategias cognitivas de regulación, se realizaron correlaciones de Person entre estas, encontrándose una relación más alta entre el estrés en el ámbito relacional y la mayoría de las estrategias, destacando la autculpa ( $r_p=.423$ ), la catastrofización ( $r_p=.377$ ) y la rumiación ( $r_p=.354$ ). También sobresale la relación entre la estrategia de autculpa y vivir el estrés en soledad ( $r_p=.336$ ) y de manera crónica ( $r_p=.445$ ) (tabla 26).

**Tabla 26.**

*Correlación entre estrés actual y estrategias cognitivas de regulación*

	Relacional	Contextual	Control	Soledad	Crónico	Evaluación positiva	Auto culpa	Culpar otros	Poner en perspectiva	Aceptación	Catastrofización	Reenfoque positivo	Rumiación
Relacional	1												
Contextual	.629**	1											
Control	-0.021	0.005	1										
Soledad	.472**	.285**	0.027	1									
Crónico	.532**	.402**	-0.057	.524**	1								
Evaluación positiva	-0.037	0.022	.151**	-.123*	-.172**	1							
Autoculpa	.423**	.270**	0.006	.336**	.445**	-0.034	1						
Culpar otros	.243**	.210**	-0.044	.151**	.176**	0.052	.137**	1					
Poner en perspectiva	0.056	.120*	0.089	0.028	-0.011	.434**	.109*	0.073	1				
Aceptación	.187**	.199**	0.041	.166**	.148**	.408**	.352**	.157**	.363**	1			
Catastrofización	.377**	.227**	-.117*	.207**	.372**	-0.010	.364**	.367**	-.002	.183**	1		
Reenfoque positivo	-.143**	-0.068	0.085	-.130*	-.258**	.566**	-.058	.114*	.328**	.341**	-.039	1	
Rumiación	.354**	.232**	-0.034	.228**	.291**	.288**	.453**	.154**	.110*	.409**	.380**	.218**	1

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral).

\* . La correlación es significativa en el nivel 0.05 (bilateral).

Respecto de la relación entre las estrategias conductuales y el estrés actual, se identificó que las estrategias de retirada e ignorar se vinculan con la mayor parte de las dimensiones del estrés, destacando el vínculo entre la estrategia de retirada con el estrés relacional ( $r_p=.500$ ) y vivirlo en soledad ( $r_p=.510$ ) y de manera crónica ( $r_p=.542$ ) (tabla 27).

**Tabla 27**

*Correlación entre estrés actual y estrategias conductuales de regulación*

	Relacional	Contextual	Control	Soledad	Crónico	Búsqueda de distracción	Retirada	Acercamiento Activo	Apoyo Social	Ignorar
Relacional	1									
Contextual	.629**	1								
Control	-0.021	0.005	1							
Soledad	.472**	.285**	0.027	1						
Crónico	.532**	.402**	-0.057	.524**	1					
Búsqueda de distracción	0.052	0.057	0.039	0.063	-0.012	1				
Retirada	.500**	.380**	-.105*	.510**	.542**	.111*	1			
Acercamiento Activo	-0.004	0.029	.167**	-0.096	-.125*	.282**	-.106*	1		
Apoyo Social	0.009	-0.006	0.054	-0.053	-0.077	.229**	-0.096	.448**	1	
Ignorar	.169**	.163**	-0.021	.191**	.223**	.299**	.417**	-0.060	-.185**	1

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral).

\* . La correlación es significativa en el nivel 0.05 (bilateral).

#### 4. EVALUACIÓN DE LOS EFECTOS DE LOS ESTRESORES DISTALES (EVENTOS ADVERSOS EN LA INFANCIA) Y PROXIMALES (ESTRÉS ACTUAL) EN LOS SÍNTOMAS DEPRESIVOS ACTUALES

Con el propósito de identificar cómo los eventos adversos en la infancia (EAI) y el estrés actual pueden contribuir conjuntamente a la presencia de síntomas depresivos durante la juventud, se probaron tres modelos hipotéticos: 1. *Generación* (el efecto de los EAI sobre los síntomas depresivos solamente se explica a través del estrés actual), 2. *Acumulación* (los EAI y el estrés actual tienen contribuciones independientes y aditivas) y 3. *Sensibilización al estrés* (los EAI tienen efectos independientes sobre la depresión, y aumentan las reacciones a los factores estresantes actuales). Para evaluar los tres modelos se realizaron análisis de regresión múltiple y análisis de mediación con la macro PROCESS de Hayes (2013) en el programa estadístico SPSS, Versión 25.

##### ***4.1 Análisis de regresión múltiple para Eventos adversos en la infancia y estrés actual como moderador: Evaluación de las hipótesis de generación, acumulación y sensibilización del estrés.***

Se realizó un análisis de regresión múltiple para determinar si el estrés actual (total de la escala) modera la relación entre los eventos adversos en la infancia y el nivel de sintomatología (se analizaron y satisficieron los supuestos de linealidad y de distribución normal de los errores). Se encontró un modelo estadísticamente significativo,  $F_{(3,228)}=26.584$ ,  $p<.000$ ,  $R^2_{aj}=.22$ , en el cual no se observó algún efecto de interacción (tabla 28).

**Tabla 28**

*Análisis de regresión múltiple para el total de EAI y Estrés actual ante la pandemia como moderador.*

Variable	b	IC 95%	t	p
Constante	3.22	2.78, 3.65	14.642	0.000
Eventos adversos (Total)	0.1375	0.02, 0.29	1.757	0.080
Estrés actual (Total de la escala)	2.037	1.46, 2.61	6.955	0.000
Eventos adversos x Estrés actual	0.047	0.12, 0.21	0.554	0.580

Sin embargo, después de realizar diversos modelos de regresión y hacer un análisis por las dimensiones de los instrumentos (mecanismos específicos), se identificó que los EAI en el ámbito de la *negligencia físico-emocional* y el estrés actual asociado a la pandemia en su *dimensión de las relaciones interpersonales*, se asociaron de forma independiente con niveles más altos de síntomas depresivos, controlando los efectos de cada uno. Su interacción fue significativa  $F_{(3, 282)}=48.7975$ ,  $p<.001$ ,  $R^2_{aj}=.34$ . Se obtuvieron relaciones estadísticamente significativas entre experiencias adversas y síntomas depresivos cuando las puntuaciones del estrés relacional actual eran altas,  $b=1.04$ , IC 95% [.6509, 1.434],  $t=5.2$ ,  $p=.000$ , y cuando eran medias,  $b=.60$ , IC 95% [.277, .9372],  $t=3.616$ ,  $p=.000$ , pero no cuando eran bajas (tabla 29 y gráfica 1).

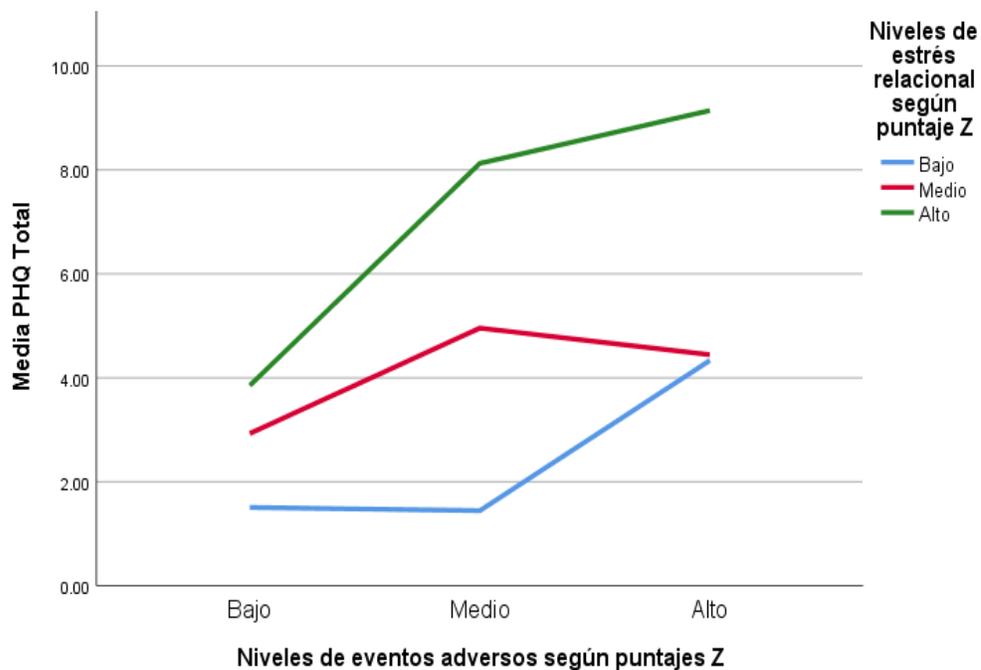
**Tabla 29**

*Análisis de regresión múltiple para Eventos de Negligencia físico-emocional y Estrés actual en el ámbito relacional como moderador*

Variable	b	IC 95%	t	p
Constante	3.045	2.65, 3.44	14.9786	0.000
Eventos adversos Negligencia (Centrado)	0.594	0.26, 0.93	3.5112	0.001
Estrés relacional actual (Centrado)	1.972	1.50, 2.44	8.2139	0.000
Eventos adversos negligencia X Estrés relacional actual	0.523	0.15, 0.89	2.7618	0.006

**Gráfica 1**

*Líneas múltiples de la media del PHQ por Número de eventos de negligencia según puntajes Z por Estrés relacional ante la pandemia según puntaje Z*

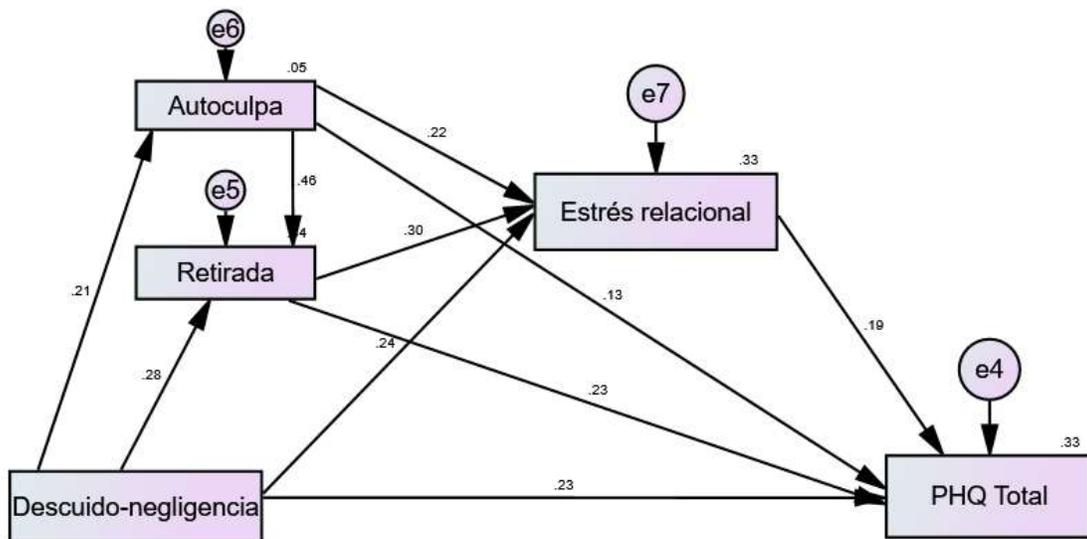


#### 4.2 El papel de las estrategias de regulación emocional en el modelo de la sensibilización al estrés

Una vez que se identificó que el *modelo de sensibilización* al estrés es el más parsimonioso y que los EAI en el ámbito de la negligencia y descuido emocional, tienen efectos independientes y estables sobre los síntomas depresivos, y que además aumentan las reacciones estresantes presentes en el ámbito de las relaciones interpersonales, se probó el efecto de las estrategias de regulación emocional como posibles mecanismos explicativos de dicho impacto. Para ello se realizó un Modelamiento de Ecuaciones Estructurales (Kline, 2005). Se utilizó el programa Amos 7.0.

**Figura 8**

*Modelo de ecuaciones estructurales que relaciona la adversidad en la infancia, las estrategias de regulación y el estrés actual a los síntomas depresivos*



El modelo obtenido (figura 8) mostró un buen ajuste, como lo indican los siguientes valores:  $X^2(1)=1.49$ ,  $p=.232$ ; NFI=.99; RFI=.97 y CFI=.99; RMSEA=.035, con un intervalo de confianza

de 90%, oscilando entre .001 y .150. El porcentaje de varianza explicada de los síntomas depresivos fue el 33%.

La variable que tuvo mayor efecto total sobre los síntomas depresivos fue haber vivido descuido o negligencia en la infancia (.23,  $p < .001$ ), seguida por la estrategia de retirada (-.23  $p < .001$ ) y el estrés relacional (.19,  $p < .001$ ). Los efectos de la estrategia cognitiva de autculpa fue moderada (.13,  $p < .015$ ).

La variable estrés relacional ocupó una posición central en el modelo, ya que fue afectada por las tres variables restantes: las estrategias de autculpa (.22,  $p < .001$ ), y retirada (.30,  $p < .001$ ), así como por haber vivido en la infancia descuido o negligencia (.24,  $p < .001$ ). Estas variables explicaron 33% de su varianza. En el modelo, el descuido-negligencia en la infancia también refuerza el estrés relacional a través de su influencia sobre las estrategias de regulación emocional de retirada (.28,  $p < .001$ ) y autculpa (.21  $p < .001$ ).

La estrategia cognitiva de autculpa tuvo efecto importante sobre la estrategia de conductual de retirada (.46,  $p < .001$ ), y explicó el 34% de su varianza.

# Discusión y Conclusiones

*Caneĸ habló a Guy:*

*—mira el cielo; cuenta las estrellas.*

*—no se pueden contar.*

*Caneĸ volvió a decir:*

*—mira la tierra; cuenta los granos de arena.*

*—no se pueden contar.*

*Caneĸ dijo entonces:*

*—aunque no se conozca, existe el número de las estrellas y el número de los granos de arena. Pero lo que existe y no se puede contar y se siente aquí dentro, existe una palabra para decirlo. Esta palabra, en este caso, sería inmensidad. Es como una palabra húmeda de misterio. Con ella no se necesita contar ni las estrellas ni los granos de arena. Hemos cambiado el conocimiento por la emoción: que es también una manera de penetrar en la verdad de las cosas.*

*-Ermilo Abreu Gómez, Caneĸ-*

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La presente investigación tuvo como objetivo identificar y evaluar un modelo que permitiera analizar conjuntamente el rol de distintos eventos adversos en la infancia y de los factores estresantes recientes (ante la pandemia por COVID-19) en la presencia de sintomatología depresiva, e identificar estrategias de regulación emocional que pudieran fungir como posibles mediadores en estas asociaciones, ello en jóvenes entre 18 y 25 años. Para desarrollar este modelo, fue necesario previamente adaptar culturalmente y validar las escalas de estrategias cognitivas (CERQ) y conductuales de regulación emocional (BERG) y construir la Escala de Adversidad y Estrés.

Los resultados mostraron que las escalas usadas tienen propiedades psicométricas adecuadas y son consistentes con validaciones previas (Castillo-Huerta et al., 2020; Gálvez-Hernández 2018; Tuna, 2021). Los análisis consistieron en evaluar estructura factorial, en el cual se identificaron 8 factores en el CERQ y 5 en el BERQ, y la consistencia interna de las escalas, en general, acordes con la propuesta conceptual de los instrumentos originales (Garnefski & Kraaij, 2007; Kraaij & Garnefski, 2019). También se cuenta con evidencias de la adaptación y validación cultural del CERQ en una versión más corta (27 reactivos) y del BERQ, por lo que se consideran medidas sensibles culturalmente adaptadas para identificar estrategias de regulación asociados con problemas psicológicos y emplearse para la medición y diseño de otras investigaciones e intervenciones clínicas en el tema de la depresión.

Por otro lado, la Escala de Adversidad y Estrés mostró una estructura de dos factores con propiedades psicométricas robustas: los factores relacionales, asociados a la afectación de las interacciones sociales como fuente de estrés, y los factores contextuales, asociados a cambios del contexto o situaciones en las que hay un menor grado de control o injerencia por parte de las personas. También se probó su validez convergente y de constructo, encontrándose una asociación clara entre la sintomatología depresiva, emociones

negativas, percepción de amenaza ante el coronavirus y un mayor estrés, así como una relación inversa con emociones positivas y una percepción de una buena salud.

Además de ser asociaciones esperadas y reportadas también en otros estudios (Burtscher et al., 2020; Chew, Wei, Vasoo, Chua & Sim, 2020), incluidos trabajos sobre la validación de escalas de eventos de vida (Sandín & Chorot, 2017; Taylor et al., 2020b), la evaluación de este tipo de relaciones da respuesta a la necesidad de tener evidencia sobre la asociación de los instrumentos de estrés con medidas de salud (Motrico et al., 2017). Asimismo, la EAE evalúa un solo estresor (en este caso estrés ante la pandemia), lo cual evita problemas de evaluación del estrés crónico a través de listados de eventos de vida (Rosmalen, Bos & Jonge, 2012; Wethington, 2016), al tiempo que conserva sus ventajas como su fácil administración y calificación, y el ahorro en términos de tiempo de investigador y participante (Harkness & Monroe, 2016). Las conceptualizaciones y mediciones relacionados con el estrés asociado a la pandemia se centraron principalmente en el miedo ante el contagio y tienden a ser unidimensionales (Ahorsu et al., 2020; Lee, 2020; Mertens et al., 2020), dejando de lado la investigación basada en las escalas de estrés, que sugiere una conceptualización más amplia y matizada (Taylor et al., 2020).

Los resultados de la validación de este instrumento sobre el estrés pueden interpretarse como una confirmación de que se trata de una construcción multicomponente, caracterizada por una red de síntomas interconectados con preocupaciones socioeconómicas y del contexto, y otra con la afectación de las relaciones interpersonales. Estos hallazgos tienen importantes aplicaciones teóricas y prácticas. Por un lado, la escala es una promesa como herramienta para comprender mejor el estrés asociado con la pandemia por COVID-19 y como posible medio para identificar las áreas de vida más afectadas, pudiendo proporcionar nueva información para la estructura de modelos psicosociales explicativos más complejos, y aportar a lo algunos autores han nombrado como el “síndrome de estrés por COVID” (COVID stress syndrome) (Taylor et al., 2020a).

Por otra parte, dichos hallazgos tienen implicaciones potenciales en la planificación de los servicios y programas de prevención y atención de la salud mental. En medio de la fase aguda de la pandemia, los estudios mostraron que el impacto en la salud emocional puede estar relacionado con preocupaciones por contraer el virus, cambios en el estilo de vida, sintomatología depresiva y ansiosa (Qiu et al., 2020; Rodríguez-Rey, Garrido-Hernansaiz & Collado, 2020). Más allá de la fase aguda, la recesión económica, los cambios de vida y las continuas incertidumbres sobre el futuro, pueden seguir generando altos niveles de estrés (Ghebreyesus, 2020; Biondi & Iannitelli, 2020), como ha sucedido en otras pandemias (Hawryluck et al., 2004).

Por tanto, se trata de una escala funcional para estudios psicosociales y epidemiológicos, y tienen una gran utilidad a la hora de seleccionar un instrumento de evaluación del estrés en entornos de salud y de investigación. Asimismo, la escala tiene el potencial de usarse con otros estresores, ya que fue diseñada intencionalmente para que pudiera adaptarse fácilmente a otras pandemias, o bien a otras situaciones altamente estresantes que afectan distintos ámbitos de vida o que tienen el potencial de hacerlo, ampliando de esta forma su capacidad de utilización.

Teniendo evidencia de la validez y utilidad de los instrumentos, se realizaron los análisis correspondientes que nos permitieran describir las variables de interés, evaluar su relación y su relevancia dentro de los modelos de diátesis estrés a evaluar. A continuación, se discuten los resultados en 5 grandes apartados: 1. Porcentaje de síntomas depresivos y otras condiciones de salud mental, 2. Experiencias Adversas en la Infancia, 3. Estrés ante la pandemia, 4. Estrategias de regulación emocional y 5. El modelo de la sensibilización al estrés

### *1. Porcentaje de síntomas depresivos y otras condiciones de salud mental*

Uno de los objetivos de la presente investigación fue identificar la proporción de síntomas depresivos y otras condiciones de salud mental en los jóvenes, el levantamiento de la información fue coincidente con el periodo de la pandemia por COVID-19. Los resultados obtenidos proporcionan información relevante sobre la situación de salud de la muestra estudiada. Con relación a las condiciones de salud, se encontró que un 16% de los jóvenes fueron diagnosticados con sobrepeso u obesidad, lo cual es preocupante debido a los riesgos asociados con estas condiciones para la salud en el largo plazo. Además, alrededor del 24% de los participantes informaron haber sido diagnosticados con COVID-19, lo que indica el impacto directo de la pandemia en la salud de esta población. Destaca que aproximadamente el 43% de los jóvenes asistió a algún servicio de salud en los últimos 12 meses.

En cuanto a las condiciones de salud mental, los síntomas de ansiedad fueron altamente prevalentes, con un 44% de la muestra informando su presencia. Además, se encontró que aproximadamente el 42% de los participantes presentaba síntomas depresivos. Estas proporciones son semejantes a lo encontrado en otros estudios a nivel mundial (Hawes et al., 2021; Kola et al., 2021; Lee et al., 2020) y en México (Domínguez et al., 2022). Aunque los síntomas de ansiedad y depresión fueron más frecuentes en mujeres, estas diferencias no alcanzaron a ser estadísticamente significativas, resultados que muestran que estos malestares afectaron por igual a hombres y mujeres. Es necesario analizar con mayor profundidad estos resultados, ya que la literatura muestra que estos síntomas suelen ser significativamente más frecuentes entre las mujeres que en los hombres (Akhtar et al., 2020; Bracke, Delaruelle, Dereuddre, & Van de Velde, 2020). También se observó que cerca del 24% de la muestra presentaba consumo de riesgo de alcohol. Es importante destacar que este consumo fue más alto entre los hombres en comparación con las mujeres. Estos hallazgos concuerdan con investigaciones previas que han señalado una mayor prevalencia de consumo de alcohol en hombres jóvenes (Instituto

Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones & Secretaría de Salud, 2017).

Al hacer un análisis de las condiciones de salud física y mental con relación a la presencia o ausencia de síntomas de depresión, se observó que aquellos jóvenes que presentaban una posible dependencia al alcohol tenían un mayor número de síntomas depresivos en comparación con los que no presentaban esta dependencia. Estos hallazgos son consistentes con investigaciones previas que han demostrado una asociación entre el consumo de alcohol y la presencia de síntomas depresivos (Conway et al., 2006; Lamers et al., 2011). Por lo tanto, es importante considerar la posible comorbilidad entre la depresión y el consumo de alcohol al abordar la salud de los jóvenes, especialmente entre los hombres.

Además, se encontró un mayor número síntomas ansiosos entre aquellos jóvenes que presentaban síntomas depresivos en comparación con aquellos que no los presentaban. Estos resultados respaldan la evidencia existente que sugiere una fuerte asociación entre la depresión y la ansiedad (Thapar et al., 2022). La coexistencia de estos dos trastornos de salud mental es común y puede tener un impacto significativo en la calidad de vida de los individuos afectados.

En resumen, estos resultados refuerzan la importancia de abordar la salud mental de los jóvenes durante la pandemia. El alto porcentaje de síntomas depresivos y ansiosos, así como el consumo de riesgo de alcohol, resalta la necesidad de promover estrategias de prevención y educación sobre el manejo de la salud mental durante situaciones de crisis como la pandemia.

Asimismo, este estudio ha proporcionado evidencia adicional sobre la relación entre la depresión y otras condiciones de salud en jóvenes. Los resultados respaldan la importancia de considerar la presencia de síntomas depresivos en la evaluación y el

tratamiento de otras condiciones de salud física y mental. Es necesario implementar enfoques de atención integral que aborden de manera simultánea estas condiciones, promoviendo la salud y el bienestar global de los jóvenes. La comorbilidad entre la depresión, el consumo de alcohol y la ansiedad destaca la importancia de adoptar un enfoque integral en el abordaje de la salud de los jóvenes. Es esencial que los profesionales de la salud consideren la interacción entre estas condiciones y diseñen intervenciones que aborden de manera simultánea y efectiva tanto la depresión como otras condiciones de salud mental.

### *2. Experiencias adversas en la infancia*

Los resultados mostraron que el evento adverso más reportado fue el bullying, seguido de la separación o ausencia de alguno de los padres, el haber vivido en un barrio peligroso y el no haberse sentido amado o cuidado. En promedio, los participantes reportaron haber vivido 3.7 adversidades, siendo más frecuente entre las mujeres el haber vivido cuatro o más eventos adversos. Este dato es relevante, ya que se ha observado en la literatura internacional que reportar cuatro o más adversidades en la infancia, hace una diferencia significativa en los resultados en salud, aumentando hasta 4 veces el riesgo de desarrollar depresión en la adultez (Felitti et al., 1998; Hughes et al., 2017). Además, se encontraron diferencias significativas por sexo en las adversidades relacionadas con la dinámica en el hogar, el no haberse sentido amado o cuidado y el tener algún familiar cercano con una enfermedad mental, siendo más frecuentes en las mujeres que en los hombres.

Es importante destacar que, aunque en promedio los participantes calificaron su infancia como feliz, se encontró que la calificación brindada por los hombres fue significativamente más alta que la de las mujeres, también fue más reportada entre los jóvenes que no presentaban síntomas depresivos en comparación con los que sí. Este hallazgo es relevante ya que diversos estudios han demostrado que las mujeres tienden a reportar niveles más altos de estrés y síntomas de ansiedad y depresión que los hombres

(Auerbach et al., 2018; Whooley & Wong, 2013). Esto sugiere que la evaluación subjetiva de calidad de la infancia puede desempeñar un papel importante en la manifestación de la depresión en la edad adulta, por lo que es necesario realizar más investigaciones que profundicen en este tema.

La relación entre la experiencia de eventos adversos en la infancia y la salud mental en la adultez ha sido ampliamente estudiada, y se ha demostrado que existe una asociación significativa entre ambos (Hughes et al., 2017; Keyes, Hatzenbuehler & Hasin, 2011; Nolte et al., 2011). Aunque la población ha estado altamente expuesta a las diferentes adversidades evaluadas y se observaron diferencias y asociaciones significativas entre la sintomatología depresiva con distintas adversidades, es justo la negligencia y distanciamiento emocional, el que se encuentra mayormente asociado a la presencia posterior de síntomas depresivos, y es también uno de los más reportados entre las mujeres. Este dato nos da una idea de cómo se puede ir gestando una mayor probabilidad de desarrollar depresión en las mujeres en comparación con los hombres.

Asimismo, se observó que la violencia física experimentada directamente y la dinámica en el hogar, especialmente la presencia de un familiar cercano con algún problema mental, están relacionadas significativamente con los síntomas depresivos en los jóvenes. Esto sugiere que el entorno familiar desempeña un papel crucial en el desarrollo y la manifestación de la depresión en esta población. El número total de eventos adversos también se encontró como un factor relevante, lo que indica que cuanto mayor sea el número de eventos adversos vividos en la infancia, mayor es la probabilidad de experimentar síntomas depresivos en la edad adulta. Estos resultados son consistentes con la literatura científica existente y subrayan la importancia de considerar la acumulación de eventos adversos como un factor de riesgo significativo para la salud mental.

Los hallazgos resaltan la importancia de reconocer la prevalencia de eventos adversos en la infancia y su impacto en la salud mental de los jóvenes. Asimismo, tienen

implicaciones importantes para la salud pública, ya que evidencian la necesidad de implementar estrategias de prevención y atención temprana para los jóvenes que han experimentado eventos adversos en la infancia. Además, resaltan la importancia de incluir la perspectiva de género en la investigación sobre la configuración de la depresión, ya que se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres en la percepción de felicidad en la infancia y en la experiencia de eventos adversos en el hogar, elementos del contexto, más allá de los factores biológicos, que pueden dar pauta para entender las diferencias en las prevalencias por sexo. Se destaca la importancia de promover entornos protectores y experiencias positivas en la infancia para contrarrestar los efectos adversos de las experiencias negativas y promover una salud óptima en la edad adulta.

### *3.Estrés ante la pandemia*

En la presente investigación también se analizó la asociación entre el estrés y los síntomas depresivos, considerando los efectos generados por la pandemia en distintas áreas de la vida de los participantes. Los resultados obtenidos, resaltan la relación entre el estrés relacionado con la pandemia y la manifestación de síntomas depresivos (González-Sanguino et al., 2020; Kola et al., 2021; Li et al., 2020).

Se destaca que, entre los jóvenes, el impacto de la pandemia se ha sentido principalmente en las relaciones escolares y el manejo del tiempo libre. Asimismo, se identifica que el estrés relacionado con la afectación en el manejo del espacio y la vivienda, así como la preocupación por la salud de familiares y personas cercanas, también han sido frecuentes. Es importante resaltar que el área de las relaciones interpersonales es donde se ha observado el mayor nivel de estrés, y donde se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres. Las mujeres reportaron niveles más altos de estrés en comparación con los hombres en esta área específica. Estos resultados están en línea con la literatura científica existente (Connolly et al., 2010; Hammen, 2006), que ha documentado que las mujeres tienden a experimentar mayores niveles de estrés en el

ámbito de las relaciones interpersonales. Esta disparidad de género puede ser atribuida a diversos factores sociales y culturales que influyen en la experiencia de estrés (Kendler & Gardner; 2016).

Al hacer el contraste en el nivel de estrés entre los jóvenes con y sin síntomas de depresión, se observaron diferencias estadísticamente significativas prácticamente en todos los ámbitos, siendo el impacto mayor entre aquellos jóvenes que presentan síntomas de depresión en comparación con los que no. Estos resultados respaldan la asociación entre el estrés y la depresión en jóvenes, sugiriendo que el estrés acumulado en diversas áreas de la vida puede contribuir al desarrollo de síntomas depresivos (Kendler & Gardner; 2016; Hammen, 2006).

Además de la manifestación del estrés, también se evaluaron la percepción del grado de control, cronicidad y soledad durante la situación de pandemia. Se encontró que las mujeres reportaron una mayor cronicidad y soledad en comparación con los hombres. Por otro lado, se encontró que el reporte de haber experimentado estas situaciones estresantes en soledad y de manera crónica (por más de 3 meses) también es más alto entre aquellos jóvenes con síntomas depresivos. Asimismo, la percepción de tener control o influencia sobre la situación estresante es más alta entre aquellos jóvenes que no presentan síntomas de depresión. Estos resultados refuerzan la importancia de considerar la experiencia subjetiva del estrés, asimismo, respaldan la evidencia existente que sugiere que las mujeres pueden experimentar un mayor impacto psicológico y emocional en situaciones de estrés prolongado (Hammen, 2006). La percepción de falta de control, la persistencia del estrés y la sensación de soledad pueden contribuir al desarrollo de síntomas depresivos. Es necesario ampliar los estudios al respecto.

En conjunto, este estudio ha proporcionado evidencia adicional sobre la asociación entre el estrés y la depresión, específicamente en el contexto de la pandemia. Estos son consistentes con los resultados de otros estudios en los que se ha documentado la

asociación entre el estrés y la depresión en jóvenes, especialmente durante situaciones estresantes como la pandemia (González-Sanguino et al., 2020; Kola et al., 2021; Li et al., 2020). Los resultados de este trabajo destacan la importancia de abordar el estrés en diferentes áreas de la vida de los jóvenes, brindando apoyo emocional y herramientas de afrontamiento para minimizar el impacto negativo en su salud mental. Es fundamental que los profesionales de la salud y los educadores estén atentos a los niveles de estrés y los síntomas depresivos en los jóvenes, especialmente en relación con las demandas escolares y las relaciones interpersonales. Implementar estrategias de prevención y promoción de la salud mental, desde las escuelas, por ejemplo, así como brindar apoyo psicológico adecuado, puede ayudar a mitigar el impacto del estrés y prevenir la aparición de síntomas depresivos en esta población vulnerable. Los resultados respaldan la necesidad de intervenciones que aborden el estrés y promuevan el bienestar psicológico en los jóvenes, con el objetivo de prevenir y tratar la depresión.

#### *4. Estrategias de regulación emocional*

Los hallazgos revelan que entre las estrategias cognitivas de regulación del estrés más utilizadas por los jóvenes se encuentran la rumiación, la aceptación y la evaluación positiva. Estas estrategias reflejan la tendencia de los jóvenes a procesar y reflexionar sobre los eventos estresantes de manera repetitiva, a aceptar los aspectos negativos de las situaciones y a buscar el lado “positivo” de los eventos. En cuanto a las estrategias conductuales, el acercamiento activo fue identificado como el enfoque más comúnmente empleado por los jóvenes para hacer frente al estrés.

Es interesante destacar que se observaron diferencias estadísticamente significativas en las estrategias de afrontamiento según el sexo de los jóvenes. Específicamente, se encontró que las mujeres presentaban niveles más altos de autculpa, rumiación, reenfoque positivo y evaluación positiva en comparación con los hombres. En cuanto a las estrategias conductuales, las mujeres mostraron mayores niveles de retirada y

los hombres un mayor uso del acercamiento activo. Estos hallazgos resaltan la importancia de considerar las diferencias en la forma de enfrentar el estrés de hombres y mujeres. En general, parece que las mujeres usan más estrategias cognitivas tanto adaptativas como desadaptativas, y las conductuales en menor medida, siendo principalmente desadaptativas en este ámbito, al tiempo que los hombres usan más estrategias adaptativas tanto cognitivas como conductuales. Estos resultados dejan ver nuevamente la importancia del género, que muy probablemente, están influyendo en la construcción y manejo de estas estrategias de regulación.

Al analizar las estrategias de regulación del estrés en jóvenes con y sin síntomas depresivos, se observaron diferencias significativas en prácticamente todas las estrategias cognitivas y conductuales. Aquellos jóvenes que presentaban síntomas depresivos tendieron a utilizar estrategias de afrontamiento menos adaptativas, como la rumiación, la catastrofización, la autculpa, culpar a otros, la retirada e ignorar los problemas. Por el contrario, los jóvenes sin síntomas depresivos mostraron una mayor inclinación hacia estrategias más "adaptativas", como el reenfoque y la evaluación positiva, el acercamiento activo y la búsqueda de apoyo social. En un estudio reciente también se identificó que estrategias "desadaptativas", como rumiación y catastrofización, se asocian con problemas de salud mental (depresión y ansiedad) tanto en adultos jóvenes como en adolescentes, al tiempo que estrategias "adaptativas", como el reenfoque positivo y la reevaluación positiva, se encuentran asociadas con una mejor salud mental en adultos jóvenes, pero no en adolescentes (Zagaria et al., 2023).

Estos resultados respaldan la importancia de promover estrategias de afrontamiento saludables entre los jóvenes, particularmente aquellas que fomentan el reenfoque positivo, la evaluación positiva y el apoyo social. Además, es esencial tener en cuenta las diferencias de por sexo al diseñar intervenciones y programas de prevención de la depresión. Es necesario minimizar el uso de estrategias "culpógenas", y visiones catastróficas y "rumiantes" en las mujeres, y alentar en ellas el uso de estrategias

conductuales positivas. Asimismo, las estrategias de afrontamiento pueden ser un punto importante de enfoque para la prevención o intervención en jóvenes que han experimentado experiencias adversas en la infancia, y/o que ya están presentando síntomas depresivos, con quienes es necesario trabajar con prácticamente todas las estrategias. Recientemente se ha demostrado la efectividad del trabajo en la mejora de las estrategias de regulación emocional y los resultados para la depresión y ansiedad en la juventud (Daros et al., 2021). Por tanto, los profesionales de la salud mental podemos trabajar en colaboración con los jóvenes para identificar y desarrollar estrategias de afrontamiento efectivas que les permitan hacer frente al estrés de una manera más adaptativa y constructiva, y de esta manera ampliar también las opciones de tratamiento.

### *5. El modelo de la sensibilización al estrés y la mediación de las estrategias de regulación emocional*

El propósito del presente estudio fue evaluar un modelo de diátesis-estrés en el marco de la perspectiva cognitivo-conductual, que permitiera analizar conjuntamente el rol de los eventos adversos en la infancia y de los factores estresantes recientes (ante la pandemia por SAR-CoV-2) en la presencia de sintomatología depresiva, así como identificar los mecanismos de regulación emocional que podrían servir como mediadores en estas asociaciones.

El concepto de vulnerabilidad o diátesis desempeña un papel central en la teoría cognitiva de la depresión (Beck, 1967; 1976; Scher et al., 2005). Esta teoría sugiere que factores cognitivos negativos pueden surgir durante situaciones estresantes y que esta reactividad cognitiva es esencial para comprender el inicio, recaída y recurrencia de la depresión (Nymoén, 2016). En su sentido más amplio, esta teoría sugiere que factores cognitivos negativos pueden configurarse durante la infancia como resultado de eventos adversos y manifestarse posteriormente durante situaciones estresantes actuales. Esta reactividad cognitiva es una característica distintiva de las personas vulnerables a la

depresión y juega un papel fundamental en los procesos relacionados con el inicio de la depresión (Beck, 1967).

La investigación sobre los factores cognitivos en la depresión ha estado principalmente enfocada en el papel de los esquemas disfuncionales (Ingram, 2003; Nymoen, 2016). Sin embargo, en este estudio, se propusieron conceptos más recientes, como las estrategias de regulación emocional, en particular, aquellas relacionadas con la regulación del estrés, como constructos prometedores para comprender esta "vulnerabilidad o diátesis". Además, este trabajo no solo considera los factores cognitivos, sino también los aspectos conductuales relacionados con la regulación emocional del estrés. Como se presentó en el capítulo 2 de este trabajo, la investigación existente respalda la idea de la "diátesis" al demostrar el impacto tanto de los estresores actuales en la configuración de la depresión como de los estresores distales en el tiempo (los eventos adversos en la infancia).

Además, es importante destacar que gran parte de la investigación en el campo de la depresión desde la perspectiva cognitivo-conductual ha tendido a evaluar los procesos cognitivos de manera aislada, sin tener en cuenta los posibles eventos desencadenantes del estrés. Del mismo modo, la influencia de los factores estresantes en el desarrollo de la depresión se ha estudiado de manera fragmentada, ya que, en general los estudios abordan el impacto de algún evento/s adverso/s en la infancia, o bien analizan los factores estresantes actuales, sin considerar sus posibles interacciones. No existe una certeza sólida acerca de si los eventos adversos en la infancia tienen un efecto directo en la aparición de síntomas depresivos en etapas posteriores de la vida, o si, en cambio, potencian los efectos del estrés actual, y es a través de dicha "potenciación" que influyen en la presencia de los síntomas depresivos.

En el presente trabajo, se pudo identificar que, dentro los diversos tipos de adversidad en la infancia evaluados, la negligencia físico-emocional es la que ejerce mayor

influencia sobre la sintomatología depresiva en los jóvenes. Esta forma de adversidad se relacionó de manera independiente con niveles más elevados de síntomas depresivos. Este hallazgo es consistente con investigaciones previas que han demostrado que las experiencias adversas en la infancia, como la negligencia y el abuso emocional, son las más significativas en términos de su impacto en la depresión y tienen el potencial de causar efectos a largo plazo en la salud mental de los individuos (Cassano & Fava, 2002; Hovens et al., 2012).

Es así como la presencia de sintomatología depresiva puede ser una manifestación de las dificultades emocionales y cognitivas que surgen o se configuran como consecuencia de este tipo de experiencias adversas en la infancia en particular. El modelo de Beck (1967), el cual forma la base de la mayoría de las ideas actuales sobre los modelos de diátesis-estrés, enfatiza que las estructuras cognitivas o esquemas que guían la evaluación de los eventos se desarrollan a partir de interacciones que ocurren durante el desarrollo temprano (Beck, 1967). Específicamente, Beck (1967) sugiere que cuando eventos estresantes o traumáticos ocurren relativamente temprano en el desarrollo del individuo, estas personas se vuelven sensibles a precisamente estos tipos de eventos. La generación correspondiente de esquemas negativos para procesar la información sobre estos eventos conduce a la activación posterior de estos esquemas y, en consecuencia, a la depresión cuando eventos similares ocurren en el futuro.

Particularmente en el presente trabajo se identificó que la adversidad temprana tiene efectos a largo plazo en los estilos cognitivos y conductuales de las personas (Bifulco, Moran, Ball & Lillie, 2002; Hankin, 2005). La estrategia cognitiva de regulación del estrés de *auto-culpa* y la conductual de *retirada*, se asociaron tanto con la vivencia de negligencia emocional en la infancia, como con la mayor presencia de síntomas depresivos entre los jóvenes, así como a un mayor nivel de estrés reciente (ante la pandemia). De esta forma se puede hipotetizar, que la negligencia física y emocional en la infancia pueden configurar estrategias de tipo más “culpígenas y de huida” que se mantienen a lo largo del tiempo, y

que influyen directamente sobre los síntomas depresivos que se presentan en la juventud, y que además potencializan los efectos de los estresores actuales, especialmente aquellos cuya fuente de malestar o estrés se origina de las relaciones interpersonales.

Desde las teorías cognitivas que ponen énfasis en los esquemas, se ha observado que la respuesta cognitiva a eventos negativos puede estar relacionada a la activación de un esquema que contiene temas de inadecuación y tendencia hacia la autoacusación o culpa (Ingram, 2003). Una explicación plausible es que los/as niños/as que enfrentan estos eventos negativos tienden a atribuir las causas de dichos acontecimientos a una razón interna y, por lo tanto, suelen percibirse a sí mismos como la causa del maltrato. Este proceso de “internalización” precipita el desarrollo del estilo atribucional negativo que, a su vez, crea riesgo de depresión, especialmente si los eventos negativos son repetitivos y ocurren en las relaciones con cuidadores. Los eventos negativos persistentes producirían un patrón de atribuciones para estos eventos que, con el tiempo, también se vuelven globales y estables. Estos patrones se convierten así en rasgos y sirven de base para la interpretación cognitiva del estrés o los eventos negativos en términos de las propias insuficiencias e inferioridad, pudiendo convertir un estado afectivo negativo 'normal' en “depresión” (Ingram, 2003).

Por otro lado, a partir de investigaciones sobre las estrategias de regulación emocional, se ha constatado que el abandono en la infancia tiene un efecto negativo en el funcionamiento relacional positivo actual y en el bienestar psicológico. Además, se ha observado que predice la aparición de síntomas en trastornos internalizantes, que incluyen trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y somatoformes, a través de los mecanismos de regulación emocional conocidos como falta de confianza, falta de control y falta de autoconciencia emocional (Di Paola & Nocentini, 2023). En términos generales, se ha registrado que el maltrato infantil se asocia de manera significativa con una regulación emocional deficiente. Esto se manifiesta en una mayor tendencia a la evitación, la supresión emocional y la expresión de emociones negativas como respuesta al estrés (Gruhn &

Compas, 2020). Estos mecanismos pueden estar relacionados con las estrategias de afrontamiento "culpígenas y evitativas" identificadas en este estudio, aunque se requiere realizar más investigaciones al respecto.

Por su parte, los estudios que han abordado los efectos de los eventos adversos en la infancia muestran que la adversidad temprana tiene efectos duraderos en los estilos cognitivos y conductuales de las personas (Bifulco, Moran, Ball & Lillie, 2002; Hankin, 2005). Estos efectos negativos de la adversidad temprana probablemente influirán en los tipos de entornos que los niños elijan más adelante en la vida, además de aumentar la probabilidad de que los individuos perciban el estrés y reaccionen de maneras que intensifiquen las circunstancias estresantes, tal es el caso del conflicto interpersonal (por ejemplo, Campbell, Simpson, Boldry & Kashy, 2005). En apoyo de esta hipótesis, se ha demostrado que la adversidad temprana crea una vulnerabilidad a un mayor estrés crónico y episódico en la vida posterior (Hammen, Hazel, Brennan & Najman, 2012; Hazel, Hammen, Brennan & Najman, 2008; Uhrlas & Gibb, 2007). Esta continuidad del estrés se ha examinado principalmente en relación con los resultados de salud mental, y en estos estudios, la exposición continua al estrés parece explicar parcialmente los efectos de la adversidad en la infancia en la salud mental posterior, especialmente los síntomas depresivos (Hazel et al., 2008; Benjet et al., 2010; Uhrlas & Gibb, 2007).

Los resultados de este trabajo permiten configurar hipótesis para futuras investigaciones y comenzar a comprender qué mecanismos son capaces de mediar en el impacto de la negligencia emocional en la infancia en desarrollo de la depresión durante la juventud, además de resaltar la importancia de comprender los mecanismos y consecuencias del abandono y abuso emocional infantil en la conformación de las estrategias de regulación y la depresión. Asimismo, dan luz sobre varias hipótesis y supuestos de los modelos de diátesis-estrés de la depresión.

Por un lado, demuestran que existen cierto tipo de eventos específicos en la infancia, en este caso la negligencia y abuso emocional, que se asocian a procesos o estrategias cognitivas y conductuales que pueden mantenerse estables a lo largo del tiempo y facilitar la presencia de síntomas depresivos, y que además potencian los efectos de los eventos estresantes que se presentan en la actualidad. Igualmente se observó que, ante la presencia de síntomas depresivos, en general se usan estrategias de regulación emocional desadaptativas, pero son la *auto culpa* y la *retirada*, las estrategias que media la relación entre la negligencia emocional en la infancias-síntomas depresivos.

Por otra parte, aunque los aspectos cognitivos y conductuales forman la base de los modelos de diátesis-estrés para el desarrollo de la depresión, la mera presencia de estrategias de regulación “desadaptativas” no es suficiente para precipitar la depresión. Las situaciones estresantes específicas también juegan un papel importante en la presencia de síntomas depresivos. Un aspecto original y fundamental del modelo de Beck es que los esquemas depresivos permanecen inactivos hasta que se activan por estímulos relevantes (Beck, 1967). Sin embargo, esta idea en sí misma ha recibido menos atención en muchas de las investigaciones empíricas sobre el funcionamiento de la cognición en la depresión, y poco se sabe sobre qué características tienen esos “estímulos” o eventos estresantes.

Al respecto en el presente trabajo se observó que el estrés actual relacionado con la pandemia, específicamente en su dimensión de las relaciones interpersonales, se asoció de forma independiente con niveles más altos de síntomas depresivos. Este resultado es coherente con los estudios que han demostrado el impacto negativo de la pandemia en la salud mental de la población en general (Bracke et al., 2020; Domínguez-González et al., 2022). Las medidas de distanciamiento social, el aislamiento y las dificultades en las relaciones interpersonales debido a las restricciones impuestas por la pandemia pueden generar estrés adicional y desencadenar o agravar los síntomas depresivos (Van der Vegt & Kleinberg, 2020).

Además, la interacción significativa entre los eventos adversos en la infancia y el estrés actual relacionado con la pandemia en las relaciones interpersonales en la predicción de los síntomas depresivos resalta la importancia de considerar el efecto conjunto de ambos factores. Esto sugiere que la presencia simultánea de eventos adversos en la infancia y un estrés relacional alto durante la pandemia puede tener un impacto sinérgico en el desarrollo de sintomatología depresiva en los jóvenes. Los resultados del modelo de ecuaciones estructurales indicaron que el estrés relacional ocupó una posición central en el modelo, siendo afectado por las variables de eventos adversos en la infancia y las estrategias de regulación emocional. Esto destaca la relevancia de las relaciones interpersonales como un factor crucial en la manifestación de síntomas depresivos en los jóvenes.

Igualmente, los eventos de negligencia en la infancia y las estrategias de regulación emocional de auto culpa y retirada, se asociaron con una mayor vulnerabilidad a los efectos estresantes del brote de la enfermedad del coronavirus 2019, especialmente en asociación a las afectaciones en las relaciones interpersonales. Se identificó que los eventos en la infancia tienen un efecto tanto directo como indirecto (a través del estrés actual) sobre la presentación de síntomas depresivos, y dicho efecto está mediado por estrategias específicas de regulación del estrés. Este efecto potencializador sobre el estrés actual, se presenta especialmente cuando este tiene como fuente de afectación las relaciones interpersonales, y cuando este estrés sobrepasa cierto umbral (medio y alto), pero no cuando es un nivel bajo del mismo, lo que sugiere una visión de umbral de vulnerabilidad al estrés asociado a la presencia de síntomas depresivos.

Los datos obtenidos sugieren que las estrategias de regulación emocional pueden representar una dimensión que media en el impacto de la negligencia en la infancia en el estrés relacionado con la pandemia, y puede considerarse como un objetivo específico para las intervenciones que buscan fortalecer la resiliencia, además de demostrar como bien lo señala el de diátesis- estrés de Beck (1967), que frente a estresores actuales se activan

ciertos mecanismos cognitivos, y en este caso conductuales, que, ante eventos estresantes de índole interpersonal, facilitan la aparición de síntomas depresivos. Por tanto, los programas de atención y prevención a la depresión en jóvenes pueden considerar identificar y trabajar las secuelas del abandono y la negligencia emocional en la infancia, fortalecer las estrategias de regulación emocional del estrés, en especial ayudar a los jóvenes a trabajar la culpa y reforzar el afrontamiento y resolución de conflictos, con énfasis en aquellos que surgen de las relaciones interpersonales.

### *Limitaciones*

El presente trabajo claramente tiene algunas limitaciones. En primer lugar, es importante enfatizar que, aunque el enfoque de la revisión actual se centra en la perspectiva cognitivo-conductual de los modelos de diátesis-estrés, esto no sugiere que esta sea la única aproximación al estudio de la depresión. En segundo lugar, al ser un diseño trasversal, el estudio no responde preguntas sobre procesos causales a pesar del uso de un modelo analítico, lo que limita la capacidad de establecer relaciones causales entre las estrategias de regulación cognitiva emocional y los resultados de salud mental. En tercer lugar, dado que la población se encontraba en confinamiento, se utilizaron medios electrónicos para recopilar datos mediante un muestreo por conveniencia, por lo que los resultados no son generalizables a toda la población. En cuarto lugar, las respuestas fueron autorreportadas, lo que puede haber generado sesgos de información, y pueden no capturar completamente la complejidad de la regulación cognitiva emocional y la salud mental. Se necesitan investigaciones futuras para abordar estas brechas, además, se sugiere realizar investigaciones futuras para examinar las relaciones entre las variables analizadas en muestras clínicas, y/o examinar otros posibles factores de confusión no evaluados en el presente estudio (por ejemplo, factores de personalidad), que podrían afectar las asociaciones entre estrategias específicas de regulación emocional del estrés y los síntomas de depresión.

### ***Conclusión***

A pesar de las limitaciones mencionadas anteriormente, el presente estudio arroja nueva luz sobre la limitada evidencia en torno al uso de estrategias específicas de regulación cognitiva y conductual del estrés en jóvenes, así como sus asociaciones con la depresión y los eventos adversos en la infancia, evaluando un modelo de diátesis-estrés de la sintomatología depresiva en esta población. Se pudo identificar que el modelo más parsimonioso que explica la relación entre las variables mencionadas fue el de nombrado de “Sensibilización del Estrés”, en el que se observó que las adversidades infantiles en el ámbito de la negligencia físico-emocional, tienen efectos independientes y duraderos sobre los síntomas depresivos actuales, además de aumentar las reacciones estresantes presentes, por ejemplo, ante la pandemia. Los resultados aquí expuestos nos acercan a especificar posibles vías concretas a través de las cuales la adversidad infantil y los estresores actuales configuran la presencia posterior de sintomatología depresiva, en una etapa crucial del desarrollo, como lo es la juventud. Los hallazgos sugieren que las estrategias de regulación emocional de culpa y evitación son dimensiones significativas en el campo de la psicopatología de los jóvenes. En resumen, este estudio ha contribuido a ampliar el conocimiento sobre los factores psicosociales que influyen en la presencia de sintomatología depresiva y permite identificar algunas implicaciones para futuras investigaciones, la propuesta de modelos teóricos, la práctica clínica y la prevención. Por un lado, da la pauta para investigaciones longitudinales más extensas, y para proponer modelos teóricos sobre cómo se interactúan los estresores distales y proximales en el tiempo en la configuración de la depresión. A nivel clínico y de atención, evidencia la utilidad desarrollar programas de prevención/intervención que integren la identificación y manejo de situaciones de negligencia física y emocional en la infancia, y el estrés actual, especialmente aquel vinculado con las relaciones interpersonales, ambos elementos clave para reducir la carga de la depresión relacionada con el estrés. En primer lugar, una dirección razonable podría ser aumentar las estrategias adaptativas y/o reducir las estrategias desadaptativas al tratar y/o prevenir los síntomas depresivos en los jóvenes, así

como considerar posibles diferencias de género en su uso, por ejemplo, el componente de “culpa”, especialmente en la población femenina. En conclusión, estos hallazgos resaltan la importancia de abordar tanto los factores adversos de la infancia como los factores estresantes actuales en la prevención y tratamiento de la depresión en los jóvenes, con el potencial de trabajar estrategias de regulación emocional específicas en el manejo de los síntomas depresivos. Los programas de intervención y prevención disponibles centrados en la reducción de la depresión pueden beneficiarse de la incorporación de entrenamiento en regulación emocional del estrés.

## REFERENCIAS

- Adelman, R. D., Tmanova, L. L., Delgado, D., Dion, S., & Lachs, M. S. (2014). Caregiver burden: A clinical review. *Journal of the American Medical Association*, *311*, 1052-1060. <https://doi:10.1001/jama.2014.304>
- Agudelo, D., Spielberger, C. D., & Buela-Casal, G. (2007). La depresión: ¿un trastorno dimensional o categorial? *Salud Mental*, *30*(3), 20-28. [https://digibug.ugr.es/bitstream/10481/32778/1/Agudelo\\_Depresion.pdf](https://digibug.ugr.es/bitstream/10481/32778/1/Agudelo_Depresion.pdf)
- Aguirre, A. (2008). Antropología de la depresión. *Mal-estar y Subjetividad*, *VIII*(3), 563-601.
- Ahorsu, D. K., Lin, C. Y., Imani, V., Saffari, M., Griffiths, M. D., & Pakpour, A. H. (2020). The Fear of COVID-19 Scale: Development and Initial Validation. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00270-8>
- Akhtar, P., Ma, L., Waqas, A., Naveed, S., Li, Y., Rahman, A., & Wang, Y. (2020). Prevalence of depression among university students in low- and middle-income countries (LMICs): A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *274*, 298-307. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.078>
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, *30*, 217-237.
- Aldao, A., Gee, D. G., De Los, R. A., & Seager, I. (2016). Emotion regulation as a transdiagnostic factor in the development of internalizing and externalizing psychopathology: Current and future directions. *Developmental Psychopathology*, *28*, 927-946.
- Alvi, T., Assad, F., Ramzan, M., & Khan, F. A. (2019). Prevalence of depression and anxiety among undergraduate university students in low- and middle-income countries: A systematic review protocol. *Systematic Reviews*, *8*(1), 267. <https://doi.org/10.1186/s13643-019-1204-4>

- American Psychiatric Association - APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5a. ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D., Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(3), 174–186. <https://doi.org/10.1007/s00406-005-0624-4>
- Arrieta, J., Aguerrebere, M., Raviola, G., Flores, H., Elliott, P., Espinosa, A., ... & Seclen-Palacin, J. (2017). Validity and Utility of the Patient Health Questionnaire (PHQ)-2 and PHQ-9 for Screening and Diagnosis of Depression in Rural Chiapas, Mexico: A Cross-Sectional Study. *Journal of Clinical Psychology*, 73(9), 1076-1090. <https://doi.org/10.1002/jclp.22431>
- Arredondo, A., Díaz-Castro, L., Cabello-Rangel, H., Arredondo, P., & Recaman, A. L. (2018). Análisis de costos de la atención médica para esquizofrenia y depresión en México en el período de 2005-2013. *Cadernos de Saude Publica*, 34(1). <https://doi.org/10.1590/0102-311x00165816>
- Arroyo-Belmonte, M., Natera-Rey, G., Tiburcio-Sainz, M., & Martínez-Vélez, N. (2021). Development and psychometric properties of the Adversity and Stress Scale (ASS): Validation in the adult Mexican population. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-15. <https://doi.org/10.1007/s11469-021-00669-x>.
- Auerbach, R. P., Mortier, P., Bruffaerts, R., Alonso, J., Benjet, C., Cuijpers, P., Demyttenaere, K., Ebert, D. D., Green, J., Hasking, P., Murray, E., Nock, M. K., Pinder-Amaker, S., Sampson, N. A., Stein, D. J., Vilagut, G., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2018). WHO World Mental Health Surveys International College Student Project: Prevalence and Distribution of Mental Disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 127(7), 623-638. <https://doi.org/10.1037/abn0000362>

- Banco Mundial. (2023, 1 de noviembre). Los datos relativos a Países de ingreso mediano bajo, Países de ingreso bajo, Ingreso mediano alto. *Banco Mundial*. <https://datos.bancomundial.org/?locations=XN-XM-XT>
- Barican, J. L., Yung, D., Schwartz, C., Zheng, Y., Georgiades, K., & Waddell, C. (2022). Prevalence of childhood mental disorders in high-income countries: A systematic review and meta-analysis to inform policymaking. *Evid Based Ment Health, 25*, 36–44.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, Experimental and Theoretical Aspects*. Nueva York: Harper & Row.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. Nueva York: International Universities Press.
- Belló, M., Puentes-Rosas, E., Medina-Mora, M.E., & Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública de México, 247 Supl 1*, S4-S11.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Zambrano, J., & Aguilar-Gaxiola, S. (2009a). Youth mental health in a populous city of the developing world: Results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 50*(4), 386-395. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01962.x>
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Zambrano, J., Cruz, C., & Méndez, E. (2009b). Descriptive Epidemiology of chronic childhood adversity in Mexican adolescents. *Journal of Adolescent Health, 45*(5), 483-489. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.03.002>
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Méndez, E., Fleiz, C., Rojas, E., & Cruz, C. (2009). Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Mental, 32*(2), 155-163. <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2009/sam092h.pdf>
- Benjet, C., Borges, G., & Medina-Mora, M. E. (2010). Chronic childhood adversity and onset of psychopathology during three life stages: childhood, adolescence and

adulthood. *Journal of Psychiatric Research*, 44(11), 732-740. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.01.004>

Benjet, C., Borges, G., Méndez, E., Fleiz, C., & Medina-Mora, M. E. (2011). The association of chronic adversity with psychiatric disorder and disorder severity in adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20(9), 459-468. <https://doi.org/10.1007/s00787-011-0199-8>

Benjet, C., Borges, G., Méndez, E., Albor, Y., Casanova, L., Orozco, R., Curiel, T., Fleiz, C., & Medina-Mora, M. E. (2016). Eight-year incidence of psychiatric disorders and service use from adolescence to early adulthood: longitudinal follow-up of the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(2), 163-173. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0721-5>

Benjet, C., Gutiérrez-García, R. A., Ramírez, A. Á., Borges, G., Covarrubias-Díaz, A., Del Socorro Durán, M., González-González, R., Hermosillo-De-La-Torre, A. E., Martínez, K. I. M., Medina-Mora, M. E., Mejía-Zarazúa, H., Pérez-Tarango, G., Zavala-Berbena, M. A., & Mortier, P. (2019). Psychopathology and self-harm among incoming first-year students in six Mexican universities. *Salud Publica De Mexico*, 61(1, ene-feb), 16. <https://doi.org/10.21149/9158>

Berenzon, S., Lara, M. A., Robles, R., & Medina-Mora, M. E. (2013). "Depression: State of the Art and the Need for Public Policy and Action Plans in Mexico." *Salud Publica Mex.*, 55(1), 74-80. <https://doi.org/S0036-36342013000100011>

Berking, M., & Wupperman, P. (2012). Emotion regulation and mental health: recent findings, current challenges, and future directions. *Current opinion in psychiatry*, 25(2), 128-134. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283503669>

Berking, M., & Wupperman, P. (2012). Emotion regulation and mental health: Recent findings, current challenges, and future directions. *Current Opinion in Psychiatry*, 25, 128-134.

- Bifulco, A., Moran, P. M., Ball, C., & Lillie, A. (2002). Adult attachment style. II: Its relationship to psychosocial depressive-vulnerability. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37(2), 60–67. <https://doi.org/10.1007/s127-002-8216-x>
- Biondi, M., & Iannitelli, A. (2020). CoViD-19 and stress in the pandemic: "Sanity is not statistical." *Rivista Di Psichiatria*, 55(3), 1e-6e. <https://doi.org/10.1708/3382.33568>
- Blair, C., & Raver, C.C. (2012). Child development in the context of adversity. *American Psychologist*, 67(4), 309–318. <http://doi.org/10.1037/a0027493>.
- Borges, G., Medina-Mora, M. E., Wang, P. S., Lara, C., Berglund, P. A., & Walters, E. E. (2006). Treatment and adequacy of treatment of mental disorders among respondents to the Mexico National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry*, 163(8), 1371-1378. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.8.1371>
- Borges, G., Orozco, R., Gunnell, D., Gutiérrez-García, R. A., Albor, Y., Quevedo Chávez, G. E., Hernández Uribe, P. C., Cruz Hernández, S., Covarrubias Díaz Couder, M. A., Alonso, J., Medina-Mora, M. E., & Benjet, C. (2023). Suicidal Ideation and Behavior Among Mexican University Students Before and During the COVID-19 Pandemic. *Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research*, 1–16. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/13811118.2023.2176270>
- Bracke, P., Delaruelle, K., Dereuddre, R. & Van de Velde, S. (2020). Depression in women and men, cumulative disadvantage, and gender inequality in 29 European countries. *Social Science & Medicine*, 267, 113354.
- Brière, F. N., Rohde, P., Seeley, J. R., Klein, D., & Lewinsohn, P. M. (2014). Comorbidity between major depression and alcohol use disorder from adolescence to adulthood. *Comprehensive Psychiatry*, 55(3), 526-533. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.10.007>
- Brown, G.W., & Harris, T.O. (1978). *Social Origins of Depression*. Nueva York: Free Press. <http://dx.doi.org/10.1093/sf/58.1.386>

- Bucci, M., Marques, S. S., Oh, D., & Harris, N. B. (2016). Toxic Stress in Children and Adolescents. *Advances in pediatrics*, 63(1), 403–428. <https://doi.org/10.1016/j.yapd.2016.04.002>
- Burtscher, J., Burtscher, M., & Millet, G. P. (2020). (Indoor) isolation, stress and physical inactivity: vicious circles accelerated by Covid-19? *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 0–2. <https://doi.org/10.1111/sms.13706>
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical psychology review*, 26(1), 17–31. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.07.003>
- Cabello, R., Salguero, J. M., Fernández-Berrocal, P., & Gross, J. (2012). Spanish Adaptation of the Emotion Regulation Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 29, 234-240. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000150>
- Calleja, N. (2019). Construcción de instrumentos de medición en psicología [Clase del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología]. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México, México.
- Campbell, L., Simpson, J. A., Boldry, J., & Kashy, D. A. (2005). Perceptions of conflict and support in romantic relationships: The role of attachment anxiety. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88(3), 510–531. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.88.3.510>
- Cano-Vindel, A. (2011). Bases teóricas y apoyo empírico de la intervención psicológica sobre los desórdenes emocionales en Atención Primaria. Una actualización. *Ansiedad y Estrés*, 17(2-3), 157-184.
- Carreño, S. (1998). *El consumo de alcohol en trabajadores de una empresa textil*. [Tesis de Licenciatura de la Facultad de Psicología]. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Carragher, N., Krueger, R. F., Eaton, N. R., & Slade, T. (2015). Disorders without borders: Current and future directions in the meta-structure of mental disorders. *Social*

*Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50, 339-350.  
<https://doi.org/10.1007/s00127-014-1004-z>

Cassano, P., & Fava, M. (2002). Depression and public health: An overview. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 849-857.

Castillo-Huerta, P., Ruvalcaba-Romero, N. A., Fisak, B., Berman, N., & Gallegos-Guajardo, J. (2020). Validación del Cuestionario de Regulación Emocional Cognitiva, Versión Corta (CERQ-VC) para población mexicana. *Anales de Psicología*, 36(2), 289-297.  
<https://doi.org/10.6018/analesps.36.2.368241>

Cerolini, S., Zagaria, A., Vacca, M., Spinhoven, P., Violani, C., & Lombardo, C. (2022). Cognitive Emotion Regulation Questionnaire-Short: Reliability, Validity, and Measurement Invariance of the Italian Version. *Behavioral Sciences (Basel, Switzerland)*, 12(12), 474. <https://doi.org/10.3390/bs12120474>

Chen, E., Cohen, S., Miller, GE. (2010). How low socioeconomic status affects 2-year hormonal trajectories in children. *Psychological Science*, 21(31).  
<http://doi.org/10.1177/0956797609355566>.

Chew, Q. H., Wei, K. C., Vasoo, S., Chua, H. C., & Sim, K. (2020). Narrative synthesis of psychological and coping responses towards emerging infectious disease outbreaks in the general population: Practical considerations for the COVID-19 pandemic. *Singapore Medical Journal*, (April), 1–31. <https://doi.org/10.11622/smedj.2020046>

Christ, C., Schouten, M. J., Blankers, M., van Schaik, D. J., Beekman, A. T., Wisman, M. A., Stikkelbroek, Y. A., & Dekker, J. J. (2020). Internet and Computer-Based Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety and Depression in Adolescents and Young Adults: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 22(9), e17831. <https://doi.org/10.2196/17831>

Cicchetti, D., Rogosch, F.A. (2009). Adaptive coping under conditions of extreme stress: Multilevel influences on the determinants of resilience in maltreated children. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 47–59.

- Cohen, S., Kessler, R. C., & Gordon, L. U. (1995). Strategies for measuring stress in studies of psychiatric and physical disorders. En S. Cohen, R. C. Kessler & U. G. Lynn (Eds.), *Measuring Stress: A Guide for Health and Social Scientists* (pp. 3–26). Nueva York: Oxford University Press.
- Cole, P. M., Martin, S. E., & Dennis, T. A. (2004). Emotion regulation as a scientific construct: Methodological challenges and directions for child development research. *Child Development, 75*, 317-333.
- Connolly, N. P., Eberhart, N. K., Hammen, C. L., & Brennan, P. A. (2010). Specificity of stress generation: A comparison of adolescents with depressive, anxiety, and comorbid diagnoses. *International Journal of Cognitive Therapy, 3*(4), 368–379. <https://doi.org/10.1521/ijct.2010.3.4.368>
- Conway, K. P., Compton, W., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2006). Lifetime comorbidity of DSM-IV mood and anxiety disorders and specific drug use disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J.Clin.Psychiatry, 67*(2), 247-257.
- Conway, C., Hammen, C., & Brennan, P. (2012). Expanding stress generation theory: Test of a transdiagnostic model. *Journal of Abnormal Psychology, 121*, 754-766. <https://doi.org/10.1037/a0027457>
- COVID-19 Mental Disorders Collaborators (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet (London, England), 398*(10312), 1700–1712. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7)
- Cuijpers, P., van Straten, A., & Warmerdam, L. (2007). Behavioral activation treatments of depression: a meta-analysis. *Clinical psychology review, 27*(3), 318–326. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.11.001>
- Daros, A. R., Haefner, S. A., Asadi, S., Kazi, S., Rodak, T., & Quilty, L. C. (2021). A meta-analysis of emotional regulation outcomes in psychological interventions for youth with

depression and anxiety. *Nature Human Behaviour*, 5(10), 1443–1457.  
<https://doi.org/10.1038/s41562-021-01191-9>

Di Paola, L., & Nocentini, A. (2023). Difficulties in emotion regulation mediate the relationship between childhood emotional neglect severity and psychological well-being in Italian young adults. *Journal of Family Trauma, Child Custody & Child Development*, 1-20. <https://doi.org/10.1080/26904586.2023.2179564>

Diez-Quevedo, C., Rangil, T., Sanchez-Planell, L., Kroenke, K., & Spitzer, R. L. (2001). Validation and utility of the Patient Health Questionnaire in diagnosing mental disorders in 1003 general hospital Spanish inpatients. *Psychosomatic Medicine*, 63, 679-686.

Domínguez-González, A., Guzmán-Valdivia, G., Ángeles-Téllez, F. S., Manjarrez-Ángeles, M. A., & Secín-Diep, R. (2022). Depression and suicidal ideation in Mexican medical students during COVID-19 outbreak. *A longitudinal study. Heliyon*, 8(2), e08851. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e08851>

Dominguez-Sanchez, F. J., Lasar-Aristu, A., Amor, P. J., & Holgado-Tello, F. P. (2013). Psychometric properties of the Spanish version of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *Assessment*, 20, 253-261.

Dominguez, S. & Medrano, L.A. (2016). Invarianza factorial del Cognitive Emotional Regulation Questionnaire (CERQ) en universitarios limeños y cordobeses. *Universitas Psychologica*, 15(1), 89-98.

Drennan, J. (2003). Cognitive interviewing: Verbal data in the design and pretesting of questionnaires. *Journal of Advanced Nursing*, 42(1), 57–63.

Dube, S. R., Williamson, D. F., Thompson, T., Felitti, V. J., & Anda, R. F. (2004). Assessing the reliability of retrospective reports of adverse childhood experiences among adult HMO members attending a primary care clinic. *Child Abuse & Neglect*, 28(7), 729-737. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2003.08.009>

- Eisenberg, N., Spinrad, T. L., & Eggum, N. D. (2010). Emotion-related self-regulation and its relation to children's maladjustment. *Annual review of clinical psychology, 6*, 495–525. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131208>
- Evans, G. W., Li, D., & Whipple, S. S. (2013). Cumulative risk and child development. *Psychological Bulletin, 139*, 1342. doi:10.1037/a0031808
- Fagundes, C. P., Bennett, J. M., Derry, H. M., & Kiecolt-Glaser, J. K. (2011). Relationships and inflammation across the lifespan: Social Developmental Pathways to disease. *Social and Personality Psychology Compass, 5*(11), 891-903. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2011.00392.x>
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. (2009). Statistical power analyses using G\*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods, 41*, 1149-1160.
- Fava, M., & Kendler, K. (2000). Major depressive disorder. *Neuron, 28*, 335–41.
- Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson DF, Spitz, A.M., Edwards, V., Koss M.P., & Marks J.S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences Study. *American Journal of Preventive Medicine, 14*, 245–258.
- Ferrari, A. J., Somerville, A. J., Baxter, A. J., Norman, R., Patten, S. B., Vos, T., & Whiteford, H. A. (2013). Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: A systematic review of the epidemiological literature. *Psychological Medicine, 43*(3), 471–481. <https://doi.org/10.1017/>
- Fleiz, C. (2016). Depresión masculina. México: *Entre Hombres*. Consultado en: <http://www.entrehombres.net/300-depresion-masculina-dra-clara-fleiz-bautista/>
- Fresco, D. M., Heimberg, R. G., Mennin, D. S., & Turk, C. L. (2002). Confirmatory factor analysis of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy, 40*, 313-323.

- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G\*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, *39*, 175-191.
- Gálvez-Hernández, C. L., Rivera-Fong, L., Linares-Buitrón, Á. V., Zapata-Barrera, S., Mohar-Betancourt, A., Calleja, N., & Villarreal-Garza, C. (2018). Validación del cuestionario de regulación emocional cognitiva en pacientes mexicanas con cáncer de mama. *Salud Publica De Mexico*, *60*(5, sep-oct), 488. <https://doi.org/10.21149/9191>
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, Ph. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and depression. *Personality and Individual Differences*, *30*, 1311–1327.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven P. (2002). Manual for the use of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: A questionnaire measuring cognitive coping strategies. Netherlands: Leiden University.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2007). The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire - Psychometric features and prospective relationships with depression and anxiety in adults. *European Journal of Psychological Assessment*, *23*(3), 141-149. <http://doi.org/10.1027/1015-5759.23.3.141>
- Gartlehner, G., Wagner, G., Matyas, N., Titscher, V., Greimel, J., Lux, L., Gaynes, B. N., Viswanathan, M., Patel, S., & Lohr, K. N. (2017). Pharmacological and non-pharmacological treatments for major depressive disorder: review of systematic reviews. *BMJ open*, *7*(6), e014912. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014912>
- GBD 2016 Risk Factors Collaborators (2017). Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet (London, England)*, *390*(10100), 1345–1422. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32366-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32366-8)
- Gelberg, L., Rey, G. N., Andersen, R., Arroyo, M., Bojórquez-Chapela, I., Rico, M., Vahidi, M., Yacenda-Murphy, J., Arangua, L., & Serota, M. (2016). Prevalence of substance use

among patients of community health centers in East Los Angeles and Tijuana. *Substance Use & Misuse*, 52(3), 359-372. <https://doi.org/10.1080/10826084.2016.1227848>

Ghebreyesus, T. A. (2020). Addressing mental health needs: an integral part of COVID-19 response. *World Psychiatry*, 19(2), 129-130. <https://doi.org/10.1002/wps.20768>

Gibb, B. E., Chelminski, I., & Zimmerman, M. (2007). Childhood emotional, physical, and sexual abuse, and diagnoses of depressive and anxiety disorders in adult psychiatric outpatients. *Depression and Anxiety*, 24, 256-263.

Gilbert, P., Baldwin, M.W., Irons, C., Baccus, J.R., & Palmer, M., (2006). Self-criticism and Self-Warmth: an imagery study exploring their relation to depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20, 183–200.

Gómez, O., & Calleja, N. (2016). Regulación emocional: definición, red nomológica y medición. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 8(1), 96-117.

González-Sanguino, C., Ausín, B., Castellanos, M. Á., Saiz, J., López-Gómez, A., Ugidos, C., & Muñoz, M. (2020). Mental health consequences during the initial stage of the 2020 Coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, 172-176. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.040>

Green, J., McLaughlin, K. A., Berglund, P. A., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2010). Childhood Adversities and Adult Psychiatric Disorders in the National Comorbidity Survey Replication I. *Archives of General Psychiatry*, 67(2), 113. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.186>

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

- Gross, J. J. (1998). Antecedent- and response-focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*, 224-237.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 85*, 348-362.
- Gross, J. J., & Thompson, R. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 3-25). New York: Guilford Press.
- Gruhn, M. A., & Compas, B. E. (2020). Effects of maltreatment on coping and emotion regulation in childhood and adolescence: A meta-analytic review. *Child Abuse & Neglect, 103*, 104446. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104446>.
- Gunnar, M.R., & Quevedo, K. (2007). The neurobiology of stress and development. *Annual Review of Psychology, 58*, 145–173. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085605>.
- Hakulinen, C., Elovainio, M., Pulkki-Råback, L., Virtanen, M., Kivimäki, M., & Jokela, M. (2015). Personality and depressive symptoms: individual participant meta-analysis of 10 cohort studies. *Depression and Anxiety, 32*(7), 461–470. <https://doi.org/10.1002/da.22376>
- Hammen C. (2003). Interpersonal stress and depression in women. *Journal of Affective Disorders, 74*, 49-57.
- Hammen, C. (2006). Stress generation in depression: Reflections on origins, research, and future directions. *Journal of Clinical Psychology, 62*(9), 1065-1082. <http://doi.org/10.1002/jclp.20293>
- Hammen, C. (2016). Depression and stressful environments: identifying gaps in conceptualization and measurement. *Anxiety, Stress, and Coping, 29*(4), 335–351. <https://doi.org/10.1080/10615806.2015.1134788>

- Hammen, C., Hazel, N. A., Brennan, P. A., & Najman, J. (2012). Intergenerational transmission and continuity of stress and depression: depressed women and their offspring in 20 years of follow-up. *Psychological Medicine*, *42*(5), 931–942.
- Hankin, B. L. (2005). Childhood maltreatment and psychopathology: Prospective tests of attachment, cognitive vulnerability, and stress as mediating processes. *Cognitive Therapy and Research*, *29*, 645-671.
- Harkness, K. L., & Monroe, S. M. (2016). The assessment and measurement of adult life stress: Basic premises, operational principles, and design requirements. *Journal of Abnormal Psychology*, *125*(5), 727–745. <https://doi.org/10.1037/abn0000178>
- Hawes, M. T., Szenczy, A. K., Klein, D. N., Hajcak, G., & Nelson, B. D. (2021). Increases in depression and anxiety symptoms in adolescents and young adults during the COVID-19 pandemic. *Psychological Medicine*, 1-8. <http://doi.org/10.1017/S0033291721000929>
- Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. Guilford Press.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*(6), 1152–1168. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1152>
- Hazel, N. A., Hammen, C., Brennan, P. A., & Najman, J. (2008). Early childhood adversity and adolescent depression: the mediating role of continued stress. *Psychological Medicine*, *38*(4), 581–589. <https://doi.org/10.1017/S0033291708002857>
- Hernández, B., & Velasco-Mondragón, H. E. (2000). Encuestas transversales. *Salud Pública de México*, *42*(5), 447-455.
- Hernández-Díaz, Y., Genis-Mendoza, A. D., Ramos-Méndez, M. Á., Juárez-Rojop, I. E., Tovilla-Zárate, C. A., González-Castro, T. B., López-Narváez, M. L., & Nicolini, H. (2022). Mental health impact of the COVID-19 pandemic on Mexican population: a systematic

review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(11), 6953. <https://doi.org/10.3390/ijerph19116953>

Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Shelton, R. C., Amsterdam, J. D., Salomon, R. M., O'Reardon, J. P., Lovett, M. L., Young, P. R., Haman, K. L., Freeman, B. B., & Gallop, R. (2005). Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. *Archives of general psychiatry*, 62(4), 417–422. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.4.417>

Hope, V., & Henderson, M. (2014). Medical student depression, anxiety, and distress outside North America: A systematic review. *Medical Education*, 48(10), 963-979. <https://doi.org/10.1111/medu.12512>

Hovens, J. G. F. M., Giltay, E. J., Wiersma, J., Spinhoven, P., Penninx, B. W. J. H., & Zitman, F. G. (2012). Impact of childhood life events and trauma on the course of depressive and anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 126(3), 198-207. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2011.01828.x>

Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L., & Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet. Public Health*, 2(8), e356–e366. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4)

Huh, H. J., Kim, K. H., Lee, H. K., & Chae, J. H. (2017). The relationship between childhood trauma and the severity of adulthood depression and anxiety symptoms in a clinical sample: The mediating role of cognitive emotion regulation strategies. *Journal of Affective Disorders*, 213, 44-50.

Hausmann, A., Rutz, W., & Benke, U. (2008). Frauen suchen Hilfe - Männer sterben! Ist die Depression wirklich weiblich? [Women seek for help - men die! Is depression really a female disease?]. *Neuropsychiatrie : Klinik, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation : Organ der Gesellschaft Österreichischer Nervenärzte und Psychiater*, 22(1), 43–48.

- Ibrahim, A. K., Kelly, S. J., Adams, C. E., & Glazebrook, C. (2013). A systematic review of studies of depression prevalence in university students. *Journal of Psychiatric Research, 47*(3), 391-400. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.11.015>
- Ingram, R. E. (2003). Origins of cognitive vulnerability to depression. *Cognitive Therapy and Research, 27*(1), 77–88.
- Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud. (2021, 23 de abril). Carga Mundial de Enfermedades 2019. *Universidad de Washington*. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, y Secretaría de Salud. (2017). Encuesta nacional de consumo de drogas, alcohol y tabaco [ENCODAT] 2016-2017: Reporte de alcohol. México, DF: INPRFM. [https://encuestas.insp.mx/ena/encodat2017/reporte\\_encodat\\_alcohol\\_2016\\_2017.pdf](https://encuestas.insp.mx/ena/encodat2017/reporte_encodat_alcohol_2016_2017.pdf)
- Ireland, M. J., Clough, B., & Day, J. J. (2017). The cognitive emotion regulation questionnaire: Factorial, convergent and criterion validity analyses of the full and short. *Personality and Individual Differences, 110*(1), 90–95.
- Jermann, F., Van der Linden, M., d'Acremont, M., & Zermatten, A. (2006). Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ): Confirmatory factor analysis and psychometric properties of the french traslation. *European Journal of Psychological Assessment, 22*(2), 126-131.
- Joormann, J., & Stanton, C. H. (2016). Examining emotion regulation in depression: A review and future directions. *Behaviour research and therapy, 86*, 35–49. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.07.007>
- Kato T. (2015). Frequently Used Coping Scales: A Meta-Analysis. *Stress and health : journal of the International Society for the Investigation of Stress, 31*(4), 315–323. <https://doi.org/10.1002/smi.2557>

- Karger, A. (2014). [Gender differences in depression]. *Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung. Gesundheitsschutz*, *57*, 1092-1098.
- Kendler KS, Kessler RC, Walters EE, MacLean C, Neale MC, Heath AC, et al. (1995). Stressful life events, genetic liability, and onset of an episode of major depression in women. *American Journal of Psychiatry*, *152*, 833-842.
- Kendler, K.S., & Gardner, C.O. (2010). Dependent stressful life events and prior depressive episodes in the prediction of major depression: the problem of causal inference in psychiatric epidemiology. *Archives of General Psychiatry*, *67*, 1120–1127.
- Kendler, K. S., & Gardner, C. O. (2016). Depressive vulnerability, stressful life events and episode onset of major depression: A longitudinal model. *Psychological Medicine*, *46*, 1865-1874. <https://doi.org/10.1017/S0033291716000349>
- Kessler, R. C., Angermeyer, M. C., Anthony, J. C., De Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., De Girolamo, G., Gluzman, S., Gureje, O., Haro, J. M., Kawakami, N., Karam, A., Levinson, D., Mora, M. E. M., Browne, M. A. O., Posada-Villa, J., Stein, D. J., Tsang, C. H. A., Aguilar-Gaxiola, S., . . . Üstün, T. B. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization’s World Mental Health Survey Initiative. *PubMed*, *6*(3), 168-176. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18188442>
- Kessler RC. (1997). The effects of stressful life events on depression. *Annual Review of Psychology*; *48*, 191 – 214.
- Kessler, RC, Zhao, S, Blazer, D.G., & Swartz, M. (1997). Prevalence, correlates, and course of minor depression and major depression in the National Comorbidity Survey. *Journal of Affective Disorders*, *45*(1–2), 19–30.
- Kessler, R. C., & Bromet, E. J. (2013). The epidemiology of depression across cultures. *Annual Review of Public Health*, *34*, 119–138.
- Keyes, Hatzenbuehler & Hasin (2011). Stressful life experiences, alcohol consumption, and alcohol use disorders: the epidemiologic evidence for four main types of stressors.

- Kim, J.S., Jin, M.J., Jung, W., Hahn, SW, & Lee, S.H. (2017). Rumination as a Mediator between Childhood Trauma and Adulthood Depression/Anxiety in Non-clinical Participants. *Frontiers in Psychology, 8*, 1597.
- Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling* (2nd ed.). Guilford Press.
- Kola, L., Kohrt, B. A., Hanlon, C., Naslund, J. A., Sikander, S., Balaji, M., Benjet, C., Cheung, E., Eaton, J., Gonsalves, P. P., Hailemariam, M., Luitel, N. P., Machado, D. B., Misganaw, E., Omigbodun, O., Roberts, T., Salisbury, T. T., Shidhaye, R., Sunkel, C., . . . Patel, V. (2021). COVID-19 mental health impact and responses in low-income and middle-income countries: reimagining global mental health. *The Lancet Psychiatry, 8*(6), 535-550. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(21\)00025-0](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(21)00025-0)
- Koole, S. L. (2009). The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Cognition and Emotion, 23*(1), 4–41.
- Korkeila, J., Vahtera, J., Nabi, H., Kivimäki, M., Korkeila, K., Sumanen, M., Koskenvuo, K., & Koskenvuo, M. (2010). Childhood adversities, adulthood life events and depression. *Journal of Affective Disorders, 127*(1-3), 130-138. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.04.031>
- Kraaij, V., van der Veek, SMC, Garnefski, N, Schroevers, M, Witlox, R, & Maes, S. (2008). Coping, Goal Adjustment, and Psychological Well-Being in HIV-Infected Men Who Have Sex with Men. *AIDS Patient Care STDS, 22*(5), 395-402.
- Kraaij, V., & Garnefski, N. (2019). The Behavioral Emotion Regulation Questionnaire: Development, psychometric properties and relationships with emotional problems and the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *Personality and Individual Differences, 137*, 56-61.
- Krishnan, V., & Nestler, E. J. (2008). The molecular neurobiology of depression. *Nature, 455*, 894-902. <https://doi.org/10.1038/nature07455>

- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Monahan, P. O., & Löwe, B. (2007). Anxiety Disorders in Primary Care: Prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Annals of Internal Medicine*, *146*(5), 317. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-146-5-200703060-00004>
- Lamers, F., Van Oppen, P., Comijs, H. C., Smit, J. H., Spinhoven, P., Van Balkom, A., Nolen, W. A., Zitman, F. G., Beekman, A. T., & Penninx, B. W. J. H. (2011). Comorbidity patterns of anxiety and depressive disorders in a large cohort study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *72*(03), 341-348. <https://doi.org/10.4088/jcp.10m06176blu>
- Lara, M.A., Navarro, C., & Navarrete, L. (2004). Influencia de los sucesos vitales y el apoyo social en una intervención psicoeducativa para mujeres con depresión. *Salud Pública de México*, *46*(5), 378-387.
- Lara, M.A., Navarro, C., Navarrete, L., Cabrera, A., Almanza, J. Morales, F. & Juárez, F. (2006). Síntomas depresivos en el embarazo y factores asociados, en pacientes de tres instituciones de salud de la ciudad de México. *Salud Mental*, *29*(4), 55-62.
- Lara, M.M.C., Medina-Mora, M.E., Borges, G., & Zambrano, J. (2007). El costo social de los trastornos mentales. Discapacidad y días productivos perdidos. Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica. *Salud Mental*, *30*(5).
- Lazarus, R.S. (1993). Coping theory and research: past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, *55*, 234-247.
- Lee, S. A. (2020). Coronavirus Anxiety Scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety. *Death Studies*, *44*(7), 393–401. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1748481>
- Lee, C. M., Cadigan, J. M., & Rhew, I. C. (2020). Increases in loneliness among young adults during the COVID-19 pandemic and association with increases in mental health problems. *Journal of Adolescent Health*, *67*(5), 714–717.
- Li, S., Wang, Y., Xue, J., Zhao, N. & Zhu, T. (2020). The impact of COVID-19 epidemic declaration on psychological consequences: a study on active Weibo users.

*International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(6), 2032.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph17062032>.

Liang, Y., Gong, Y., Wen, X., Guan, C., Li, M., Yin, P., & Wang, Z. (2012). Social Determinants of health and Depression: a preliminary investigation from rural China. *PLOS ONE*, 7(1), e30553. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0030553>

Lozano, R., Gómez-Dantés, H., Garrido-Latorre, F., Jiménez-Corona, A., Campuzano-Rincón, J. C., Franco-Marina, F., Medina-Mora, M. E., Borges, G., Naghavi, M., Wang, H., Vos, T., López, A. D., & Murray, C. J. L. (2013). La carga de enfermedad, lesiones, factores de riesgo y desafíos para el sistema de salud en México. *Salud Publica De Mexico*, 55(6), 580. <https://doi.org/10.21149/spm.v55i6.7304>

Lueboonthavatchai, (2009). Role of Stress Areas, Stress Severity, and Stressful Life Events on the Onset of Depressive Disorder: A Case-Control Study. *J Med Assoc Thai*, 92(9), 1240-1249.

Lupien, S.J., McEwen, B.S., Gunnar M.R., & Heim, C. (2009). Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nature Reviews. Neuroscience*, 10(6), 434–445. <http://doi.org/10.1038/nrn2639>.

McLaughlin, K. A. (2016). Future Directions in Childhood Adversity and Youth Psychopathology. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 45, 361-382.

McLaughlin, K. A., Green, J., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2010). Childhood Adversities and Adult Psychiatric Disorders in the National Comorbidity Survey Replication II. *Archives of General Psychiatry*, 67(2), 124. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.187>

Medina-Mora, M. E., Borges, G., Muñoz, C. L., Benjet, C., Jaimes, J. B., Fleiz, C., Velázquez, J. A. V., Guiot, E. R., Ruíz, J. Z., Rodas, L. C., & Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4), 1-16. <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2003/sam034a.pdf>

- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., & Zambrano, J. (2005). Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 35(12), 1773-1783. <https://doi.org/10.1017/s0033291705005672>
- Medrano, L. A., Moretti, L. S., Ortiz, Á., & Pereno, G. L. (2013). Validation of the Cognitive Emotion Regulation questionnaire in university students of Córdoba, Argentina. *Psyche (santiago)*, 22(1), 83-96. <https://doi.org/10.7764/psyche.22.1.473>
- Meherali, S., Punjani, N., Louie-Poon, S., Abdul Rahim, K., Das, J. K., Salam, R. A., & Lassi, Z. S. (2021). Mental Health of Children and Adolescents Amidst COVID-19 and Past Pandemics: A Rapid Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7), 3432. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073432>.
- Mertens, G., Gerritsen, L., Duijndam, S., Salemink, E., & Engelhard, I. M. (2020). Fear of the coronavirus (COVID-19): Predictors in an online study conducted in March 2020. *Journal of Anxiety Disorders*, 74(March). <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102258>.
- Merrick, M. T., Ports, K. A., Ford, D. C., Afifi, T. O., Gershoff, E. T., & Grogan-Kaylor, A. (2017). Unpacking the impact of adverse childhood experiences on adult mental health. *Child abuse & neglect*, 69, 10–19. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.03.016>
- Merrill, K. A., Tolbert, V. E., & Wade, W. A. (2003). Effectiveness of cognitive therapy for depression in a community mental health center: a benchmarking study. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71(2), 404–409. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.71.2.404>
- Miller, G.E., Chen, E., Parker, K.J. (2013). Psychological stress in childhood and susceptibility to the chronic diseases of aging: Moving toward a model of behavioral and biological mechanisms. *Psychological Bulletin*, 137(6):959–997. <http://doi.org/10.1037/a0024768>.

- Mitchell, A. J., Yadegarfar, M., Gill, J., & Stubbs, B. (2016). Case finding and screening clinical utility of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9 and PHQ-2) for depression in primary care: a diagnostic meta-analysis of 40 studies. *BJPsych Open.*, *2*, 127-138.
- Monroe, S.M (2008). Modern approaches to conceptualizing and measuring human life stress. *Annual Review of Clinical Psychology*, *4*, 33-52.
- Mora-Ríos, J., Ortega-Ortega, M., & Medina-Mora, M. E. (2013). Cultural adaptation of instruments to measure stigma and mental illness in Mexico City. *Salud Mental*, *52*, 594-603.
- Motrico, E., Rodero-Cosano, M. L., Álvarez-Gálvez, J., Salinas-Pérez, J. A., & Moreno-Peral, P. (2017). Measures for the assessment of stressful life events in the Spanish adult population: A systematic review. *Anales de Psicología*, *33*(3), 556–567. <https://doi.org/10.6018/analesps.33.3.236631>.
- Moskowitz, D., Vittinghoff, E., & Schmidt, L. (2012). Reconsidering the effects of poverty and social support on health: A 5-year longitudinal test of the stress-buffering hypothesis. *Journal of Urban Health*, *90*, 175–184.
- Muñiz, J., Elosua, P., & Hambleton, R. K. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los tests: segunda edición. *Psicothema*, *25*(2), 151-157.
- Nanni, V., Uher, R., & Danese, A. (2012). Childhood maltreatment predicts unfavorable course of illness and treatment outcome in depression: a meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, *169*(2), 141–151.
- Natera, G. y González-Forteza, C. (2012). Sintomatología depresiva leve y enfermedad depresiva. *Salud Mental*, *35*(1), 1-2.
- National Health Service. (2021, 6 de diciembre de 2021). Mental health of children and young people in England, 2017. *National Health Service*. <https://dera.ioe.ac.uk/id/eprint/32622/1/MHCYP%202017%20Summary.pdf>

- Nazroo, J., Edwards, A. C., & Brown, G. W. (1997). Gender differences in the onset of depression following a Shared life event: A study of couples. *Psychological Medicine*, 27(1), 9-19. <https://doi.org/10.1017/s0033291796004187>
- Neal, D. J., & Carey, K. B. (2005). A follow-up psychometric analysis of the self-regulation questionnaire. *Psychology of addictive behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 19(4), 414–422. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.19.4.414>
- Nielsen Norman Group (2021, 30 de marzo). Usability Testing for Content. *Nielsen Norman Group*. <https://www.nngroup.com/videos/usability-testing-content/>
- Nolen-Hoeksema, S. (2012). Emotion regulation and psychopathology: the role of gender. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 161-187.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking Rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3, 400-424.
- Nolte, T., Guiney, J., Fonagy, P., Mayes, L. C., & Luyten, P. (2011). Interpersonal stress regulation and the development of anxiety disorders: an attachment-based developmental framework. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 5(online), 55. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2011.00055>
- Nymoén, K. (2016). Cognitive reactivity as a risk factor for depression onset and recurrence (Doctoral dissertation). Recuperado de [https://skemman.is/bitstream/1946/24676/3/Cognitive Reactivity Katarina D Ny moen.pdf](https://skemman.is/bitstream/1946/24676/3/Cognitive%20Reactivity%20Katarina%20D%20Ny%20moen.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Plan de Acción en Salud Mental 2013-2020*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

- Ohayon, M.M., & Schatzberg, A.F. (2003). Using chronic pain to predict depressive morbidity in the general population. *Archives of General Psychiatry*, 60(1), 39-47.
- Ormel, J., Cuijpers, P., Jorm, A., & Schoevers, R. A. (2020). What is needed to eradicate the depression epidemic, and why. *Mental Health and Prevention*, 17(January 2020), 200177. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2019.200177>.
- Paulus, D. J., Bakhshaie, J., Garza, M., Ochoa-Perez, M., Mayorga, N. A., Bogiaizian, D., ... & Zvolensky, M. J. (2016). Pain severity and emotion dysregulation among Latinos in a community health care setting: Relations to mental health. *General Hospital Psychiatry*, 42, 41-48.
- Pérez, P., & Gaviña, J. (2015). Affective Disorders. En: *Psychopathology in Women Incorporating Gender Perspective into Descriptive Psychopathology*. Springer International Publishing Switzerland 2015 M. Sáenz-Herrero (ed.), Psychopathology in Women.
- Perte, A., & Miclea, M. (2011). The standarization of the Cognitive Emotion Regulation Questionarie (CERQ) on romanian population. *Cognition, Brain, Behavior. An Interdisciplinary Journal*, 15(1), 111-130.
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56, 345–365.
- Pollitt, R. A., Rose, K. M., & Kaufman, J. S. (2005). Evaluating the evidence for models of life course socioeconomic factors and cardiovascular outcomes: a systematic review. *BMC public health*, 5, 7. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-5-7>
- Potthoff, S., Garnefski, N., Miklosi, M., & Kraaij, V. (2016). Cognitive emotion regulation and psychopathology across cultures: A comparison between six European countries. *Personality and Individual Differences*, 98, 218-224.
- Powers, A., Michopoulos, V., Conneely, K. N., Gluck, R., Dixon, H. D., Wilson, J. S., Jovanović, T., Pace, T. W., Umpiérrez, G. E., Ressler, K. J., Bradley, B., & Gillespie, C. F. (2016).

Emotion dysregulation and inflammation in African-American women with type 2 diabetes. *Neural Plasticity*, 2016, 1-10. <https://doi.org/10.1155/2016/8926840>

Public Health Management Corporation (2014). Adverse childhood experiences in Shelby County, Tennessee. Public Health Management Corporation: U.S.

Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B., & Xu, Y. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: Implications and policy recommendations. *General Psychiatry*, 33(2), 19–21. <https://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100213>

Raposa, E. B., Hammen, C. L., Brennan, P. A., O'Callaghan, F., & Najman, J. M. (2014). Early adversity and health outcomes in young adulthood: The role of ongoing stress. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 33(5), 410–418. <https://doi.org/10.1037/a0032752>

Rafful, C., Medina-Mora, M. E., Borges, G., Benjet, C., & Orozco, R. (2012). Depression, gender, and the treatment gap in Mexico. *Journal of Affective Disorders*, 138(1-2), 165–169. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.12.040>

Robles, T. F., Slatcher, R. B., Trombello, J. M., & McGinn, M. M. (2014). Marital quality and health: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 140. <https://doi.org/10.1037/a0031859>

Rodríguez-Rey, R., Garrido-Hernansaiz, H., & Collado, S. (2020). Psychological Impact and Associated Factors During the Initial Stage of the Coronavirus (COVID-19) Pandemic Among the General Population in Spain. *Frontiers in psychology*, 11, 1540. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01540>

Rodríguez-Sabiote, C., Ibáñez-Cubillas, P., López-Rodríguez, S., & Álvarez-Rodríguez, J. (2021). Psychometric Properties of the Spanish Version of the Cognitive Emotional Regulation Difficulties Questionnaire (CERQ) in Higher Education Students in Times of Covid-19. *Frontiers in Psychology*, 12, 695147. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.695147>

- Roemer, L., Lee, J. K., Salters-Pedneault, K., Erisman, S. M., Orsillo, S. M., & Mennin, D. S. (2009). Mindfulness and emotion regulation difficulties in generalized anxiety disorder: preliminary evidence for independent and overlapping contributions. *Behavior Therapy, 40*, 142-154.
- Rosmalen, J. G. M., Bos, E. H., & De Jonge, P. (2012). Validation of the long-term difficulties inventory (LDI) and the list of threatening experiences (LTE) as measures of stress in epidemiological population-based cohort studies. *Psychological Medicine, 42*(12), 2599–2608. <https://doi.org/10.1017/S0033291712000608>
- Rothermund, K., & Koole, S. L. (2018). Three decades of Cognition & Emotion: A brief review of past highlights and future prospects. *Cognition & Emotion, 32*, 1-12.
- Salgado, N. (2017). *La investigación en Salud Pública y los Determinantes Sociales de la Salud*. México: Academia de Ciencias de Morelos A.C.
- Sandín, B., & Chorot, P. (2017). Cuestionario de Sucesos Vitales (CSV): Estructura factorial, propiedades psicométricas y datos normativos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 22*(2), 95–115. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.22.num.2.2017.19729>.
- Scher, C. D., Ingram, R. E., & Segal, Z. V. (2005). Cognitive reactivity and vulnerability: empirical evaluation of construct activation and cognitive diatheses in unipolar depression. *Clinical psychology review, 25*(4), 487–510. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.01.005>
- Scott, K. M., Lim, C. C. W., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Bruffæerts, R., Caldas-De-Almeida, J. M., Florescu, S., De Girolamo, G., Hu, C., De Jonge, P., Kawakami, N., Medina-Mora, M. E., Moskalewicz, J., Navarro-Mateu, F., O’Neill, S., Piazza, M., Posada-Villa, J., Torres, Y., & Kessler, R. C. (2016). Association of mental disorders with subsequent chronic physical conditions. *JAMA Psychiatry, 73*(2), 150. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.2688>
- Seeman, T., Epel E, Gruenewald T, Karlamangla A, McEwen, B.S. (2010). Socio-economic differentials in peripheral biology: Cumulative allostatic load. *Annals of the New York*

- Academy of Sciences*, 1186, 223–239. <http://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.05341.x>.
- Shackman, J.E., Shackman, A.J., & Pollak S.D. (2007). Physical abuse amplifies attention to threat and increases anxiety in children. *Emotion*, 7(4), 838–852. <http://doi.org/10.1037/1528-3542.7.4.838>.
- Shader, R. I. (2020). COVID-19 and depression. *Clinical Therapeutics*, 42, 962-963. <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2020.04.010>.
- Shorey, S., Ng, E. D., & Wong, C. (2021). Global prevalence of depression and elevated depressive Symptoms among Adolescents: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, 61(2), 287-305. <https://doi.org/10.1111/bjc.12333>
- Silva, H. (2002). Nuevas perspectivas en la biología de la depresión. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 40(supl 1), 9-20.
- Silva, J. (2005). Regulación emocional y psicopatología: el modelo de vulnerabilidad/resiliencia. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 43(3), 201-209.
- Shipman, K., Zeman, J., Penza, S., & Champion, K. (2000). Emotion management skills in sexually maltreated and non-maltreated girls: a developmental psychopathology perspective. *Development and Psychopathology*, 12, 47–62.
- Shipman, K., Edwards, A., Brown, A., Swisher, L., & Jennings, E. (2005). Managing emotion in a maltreating context: a pilot study examining child neglect. *Child Abuse and Neglect*, 29, 1015–1029.
- Skitch, S. A. & Abela, J. R. (2008). Rumination in response to stress as a common vulnerability factor to depression and substance misuse in adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 1029-1045.

- Smith, V., & Molina, M. (2011). La entrevista cognitiva: Guía para su aplicación en la evaluación y mejoramiento de instrumentos de papel y lápiz. *Cuaderno metodológico*, 5(1), 1-114.
- Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., Salazar de Pablo, G., Il Shin, J., Kirkbride, J. B., Jones, P., Kim, J. H., Kim, J. Y., Carvalho, A. F., Seeman, M. V., Correll, C. U., & Fusar-Poli, P. (2022). Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular psychiatry*, 27(1), 281–295. <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7>
- Streiner, D. L., Norman, G. R., & Cairney, J. (2015). *Health Measurement Scales: A Practical Guide to Their Development and Use*. New York: Oxford University Press.
- Sullivan, P.F., Neale, M.C., & Kendler, K.S. (2000). The genetic epidemiology of major depression: Review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*; 157, 1552-62.
- Thapar, A., Eyre, O., Patel, V., & Brent, D. (2022). Depression in young people. *Lancet (London, England)*, 400(10352), 617–631. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01012-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01012-1)
- Taylor, S., Landry, C. A., Paluszek, M. M., Fergus, T. A., McKay, D., & Asmundson, G. J. G. (2020a). COVID stress syndrome: Concept, structure, and correlates. *Depression and Anxiety*, 37(8), 706–714. <https://doi.org/10.1002/da.23071>.
- Taylor, S., Landry, C. A., Paluszek, M. M., Fergus, T. A., McKay, D., & Asmundson, G. J. G. (2020b). Development and initial validation of the COVID Stress Scales. *Journal of Anxiety Disorders*, 72(April), 1315. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102232>.
- Conway, A., Eyre, O., Patel, V., & Brent, D. (2021). Depression in young people. *The Lancet*, 397(10276), 1389-1400. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00209-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00209-4)
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 25-52. <https://doi.org/10.1111/j.1540-5834.1994.tb01276.x>

- Tiburcio, M., Martínez, N.A., Fernández, M., Sánchez, Y., Arroyo, M., & Natera G. (2020). Protocolo: Consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias durante la pandemia de COVID-19. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Documento de circulación interna.
- Tuna, E. (2021). Psychometric properties of the Turkish version of the Behavioral Emotion Regulation Questionnaire (BERQ). *The Journal of General Psychology*, 148(4), 414–430. <https://doi.org/10.1080/00221309.2020.1752137>.
- Uhrlass, D. J., & Gibb, B. E. (2007). Childhood emotional maltreatment and the stress generation model of depression. *Social and Clinical Psychology*, 26, 119-130.
- Ulloa, R. E., Apiquian, R., de la Peña, F. R., Díaz, R., Mayer, P., Palacio, J. D., Palacios-Cruz, L., Hernández, A., García, P., & Rosetti, M. F. (2022). Age and sex differences in the impact of the COVID-19 pandemic on mental health and coping mechanisms in Latin American youth. *Journal of psychiatric research*, 156, 372–378. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.10.005>
- Varma, P., Junge, M., Meaklim, H., & Jackson, M. L. (2020). Younger people are more vulnerable to stress, anxiety and depression during COVID-19 pandemic: A global cross-sectional survey. *Journal of Psychiatric Research*, 129, 79-86. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.06.022>.
- Van der Kolk, B. (2016). Commentary: The devastating effects of ignoring child maltreatment in psychiatry--a commentary on Teicher and Samson 2016. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57, 267-270.
- Van der Vegt, I. , & Kleinberg, B. (2020). Women worry about family, men about the economy: Gender differences in emotional responses to COVID-19. arXiv preprint arXiv:2004.08202, 2020.
- Vázquez, C., Hervás, G. y Hernangómez, L. (2008). Modelos cognitivos de la depresión: Su aplicación al estudio de las fases tempranas. En J. L. Vázquez-Barquero (dir.), *Las fases*

*tempranas de las enfermedades mentales: los trastornos depresivos* (pp. 21-33). Madrid: Elsevier.

Vázquez, C., Hervás, G., Hernangómez, L., & Romero, N. (2010). Modelos cognitivos de la depresión: una síntesis y nueva propuesta basada en 30 años de investigación. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 18(1), 139+. <https://link.gale.com/apps/doc/A314254270/AONE?u=anon~3548751a&sid=google Scholar&xid=fc75bfbb>

Wagner, F., González-Forteza, C., Sánchez-García, S., García-Peña, C., & Gallo, J. (2012). Enfocando la depresión como problema de salud pública en México Fernando A. *Salud Mental*. 35, 3-11.

Wang, P. S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Borges, G., Bromet, E. J., Bruffærts, R., De Girolamo, G., De Graaf, R., Gureje, O., Haro, J. M., Karam, E. G., Kessler, R. C., Kovess, V., Lane, M., Lee, P., Levinson, D., Ono, Y., Petukhova, M., . . . Wells, J. E. (2007). Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO World Mental Health Surveys. *The Lancet*, 370(9590), 841-850. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(07\)61414-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(07)61414-7)

Wathelet, M., Duhem, S., Vaiva, G., Baubet, T., Habran, E., Veerapa, E., Debien, C., Molenda, S., Horn, M., Grandgen`evre, P., Notredame, C.E., & D'Hondt, F. (2020). Factors associated with mental health disorders among University students in France confined during the COVID-19 Pandemic. *JAMA Network Open*, 3, e2025591. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.25591>.

Wethington, E. (2016). Life Events Scale. In *Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior: Handbook of Stress*. Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-800951-2.00012-1>.

Whooley, M. A., & Wong, J. M. (2013). Depression and cardiovascular disorders. *Annual review of clinical psychology*, 9, 327–354. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185526>

- Wild, D., Grove, A., Martin, M., Eremenco, S., McElroy, S., Verjee-Lorenz, A., & Erikson, P. (2005). Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value in Health, 8*(2), 94-104.
- Wiersma, J., Hovens, J. G. F. M., Van Oppen, P., Giltay, E. J., Van Schaik, D. J. F., Beekman, A. T., & Penninx, B. W. J. H. (2009). The importance of childhood trauma and childhood life events for chronicity of depression in adults. *The Journal of Clinical Psychiatry, 70*(7), 983-989. <https://doi.org/10.4088/jcp.08m04521>
- Widom, C.S., Czaja SJ, Dutton, MA. (2008). Childhood victimization and lifetime revictimization. *Child Abuse & Neglect, 32*(8), 785–796. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.12.006>.
- World Health Organization. (2014). *Social determinants of mental health*. Geneva: World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation.
- World Health Organization. (2018, 18 de octubre). Process of Translation and Adaptation of Instruments. *World Health Organization*. [http://www.who.int/substance\\_abuse/research\\_tools/translation/en/](http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/)
- World Health Organization. (2023, 29 de junio). *ICD-11 2023 release is here!*. World Health Organization. <https://icd.who.int/browse11/l-m/es>.
- Zagaría, A., Vacca, M., Cerolini, S., Terrasi, M., Bacaro, V., Ballesio, A., Baglioni, C., Spinhoven, P., & Lombardo, C. (2023). Differential Associations of Cognitive Emotion Regulation Strategies with Depression, Anxiety, and Insomnia in Adolescence and Early Adulthood. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 20*(10), 5857. <https://doi.org/10.3390/ijerph20105857>.
- Zakhour, S., Nardi, A. E., Levitan, M., & Appolinario, J. C. (2020). Cognitive-behavioral therapy for treatment-resistant depression in adults and adolescents: a systematic review. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy, 42*(1), 92–101. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2019-0033>.

Zhu, X., Auerbach, R., Yao, S., Abela, J., Xiao, J., & Tong, X. (2008). Psychometric properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: Chinese version. *Cognition and Emotion*, 22(2), 288-307.

# APÉNDICES

## APÉNDICE 1. INSTRUMENTOS Y FOMATO DE APLICACIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO



Facultad de Medicina

---

**Información general**

\* 2. Sexo

Mujer

Hombre

\* 3. Edad (años)

\* 4. ¿Cuál es su último grado de estudios que terminó?

Sin estudios

Primaria

Secundaria

Educación media superior (bachillerato)

Licenciatura

Postgrado

\* 5. Estado civil

Soltero/a

Casado/a o vive en pareja

Divorciado o separado/a

Viudo/a

Para más detalle ver en: <https://es.surveymonkey.com/r/2JDRRW7>

## APÉNDICE 2. CARTA DE CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPANTES

¡Hola!

En el marco del doctorado en Ciencias de la Salud de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), se está realizando un estudio sobre síntomas de salud emocional, y su asociación con eventos de vida adversos o estresantes, así como sobre las cosas que las personas piensan y hacen para enfrentarlos. Si tiene más de 18 años lo invitamos a participar.

**¿En qué consistiría su participación?** Si acepta, le pedimos responda un cuestionario sobre los temas mencionados, el cual no toma más de 15 minutos. Puede tardarse el tiempo que necesite, y terminarlo o interrumpirlo en el momento que usted quiera, solo debe cerrar la ventana del explorador. Su participación es libre y voluntaria.

**¿Cuáles son los riesgos de participar?** Si alguna pregunta le incomoda, puede no responder, detener el cuestionario o posponer su participación. Ponemos a su disposición el correo electrónico: [csalud.emociones@gmail.com](mailto:csalud.emociones@gmail.com) al que puede escribir si desea recibir orientación sobre los temas del cuestionario y/o darle sugerencias de dónde obtener apoyo.

**¿Cuáles son los beneficios de participar?** Se le brindará un folleto sobre cómo manejar su estado de ánimo, que incluye datos de algunos programas en línea (gratuitos), y a dónde asistir por cuenta propia en caso de necesitar mayor atención, por ejemplo: <http://inprf.gob.mx/>. Con su participación, se espera visibilizar algunas de las necesidades de salud emocional de la población, así como ampliar el conocimiento sobre las formas de regular el estrés y poder proponer estrategias para su manejo.

**Confidencialidad:** No se le pedirá su nombre ni ningún otro dato que le identifique, no habrá manera de que la/o reconozcan, aún si usted se pusiera en contacto por correo electrónico. La información que brinde será conjuntada con las respuestas del resto de los participantes en una base de datos protegida con contraseña, y se analizará de manera global. La información será utilizada únicamente con fines de investigación y sólo el equipo de trabajo tendrá acceso a ella, se conservará por un periodo de 3 años

Siéntase en libertad de expresar cualquier duda o comentario sobre la investigación y sus resultados al correo electrónico [csalud.emociones@gmail.com](mailto:csalud.emociones@gmail.com) de la Mtra. Miriam Arroyo, o con la Dra. Guillermina Natera tutora del doctorado al correo [naterar@imp.edu.mx](mailto:naterar@imp.edu.mx)



Considero que tengo suficiente información sobre el objetivo del estudio y estoy de acuerdo en participar. Entiendo que puedo suspender mi participación en cualquier momento y que puedo contactar a los responsables del proyecto para obtener más información. \*

- Sí, acepto participar

## APÉNDICE 3. FOLLETO INFORMATIVO SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA

### ¿CÓMO MANEJAR LA TRISTEZA Y LA DEPRESIÓN?

#### ¿Qué es la depresión?

Se caracteriza por sentimientos de tristeza, pérdida de interés en actividades que antes disfrutabas o incapacidad para realizar tus labores cotidianas.

#### Puedes experimentar:

- Cambios de apetito
- Cambios de sueño
- Ansiedad
- Dificultad para concentrarte o tomar decisiones
- Inquietud
- Sentimientos de culpa o desesperanza
- Sentirte menos valioso que otros
- Tener ideas de hacerte daño o de muerte



#### Es un problema de salud cuando dura dos semanas o más

La depresión puede originarse por estrés o experiencias negativas actuales o pasadas. A veces no hay una causa evidente.

¡Ojo! Cualquiera persona puede deprimirse, no importa su edad, sexo o experiencia de vida.

¡La depresión NO es un signo de debilidad!

Algunos cambios pequeños pueden hacer una **GRAN** diferencia en tu vida. Prueba estas estrategias al menos cuatro semanas y observa tu progreso.

#### ¿Cómo manejar la tristeza y la depresión?



**Come bien.** Come a las mismas horas y todos los días consume frutas frescas y vegetales.



**Haz ejercicio.** Realiza actividades que disfrutes y comienza poco a poco. Unirse a grupos o clubes puede ayudar.



**Platica con alguien de confianza y cuéntale cómo te sientes.** Puedes tener la necesidad de hacerlo más de una vez, es parte del proceso natural de recuperación.



**Mantente ocupado.** Quizá no tengas ganas de nada, pero la inactividad empeora la depresión. Busca hacer cosas que disfrutas y continúa con tus actividades cotidianas.



**Evita el alcohol y las drogas.** Su consumo empeora la depresión, aunque al principio te sientas mejor. Sus efectos son nocivos para la salud y dificultan tu capacidad de resolver problemas y conseguir ayuda.



**Participa en actividades sociales.** Trata de pasar más tiempo con familiares y amigos de confianza.



**Duerme bien.** Acuéstate y levántate a las mismas horas; quita las distracciones de tu dormitorio (celulares, televisores, etc.) y relájate antes de ir a la cama.



**Identifica pensamientos negativos.** Si tienes opiniones negativas acerca de ti mismo, tu vida y tu futuro:

- Reconoce tus logros
- Ajusta tus expectativas: no te preocupes si no puedes lograr las cosas como antes.



**Enfrenta la causa.** Si identificas la causa de tu depresión haz cambios; si no, pide ayuda a personas de confianza o servicios profesionales, especialmente en situaciones de violencia.



**Mantén la esperanza.** ¡No estás solo! Muchas personas han tenido depresión y se han recuperado. Enfrentarla te ayuda a tomar buenas decisiones y hacer cambios en tu vida.

#### ¿Cuándo buscar ayuda profesional?

- Si te sientes peor que antes y no parece mejorar.
- Si tus síntomas están afectando tu trabajo, intereses o la relación con tu familia y amigos.
- Si tienes pensamientos frecuentes de hacerte daño, sientes que no vale la pena vivir, o que las personas estarían mejor sin ti.
- La depresión puede llevar a las personas a pensar en el suicidio, si te ha pasado, es muy importante que busques ayuda.

¡**CONFÍA!** Se puede hacer mucho para prevenir y tratar la depresión.

#### Auto-ayuda psicológica:

Algunos libros y páginas web pueden ayudarte a aprender nuevas formas de enfrentar tus problemas.

Más información y apoyo en:  
**TU CENTRO DE SALUD**  
Salud mental a distancia: 5259-8121  
(Gratis las 24 horas)  
Atención Psicológica UNAM: 5622-2288  
ADep: [www.ayudaparadepresion.org.mx](http://www.ayudaparadepresion.org.mx)

## APÉNDICE 4. FOLLETO INFORMATIVO ESTRÉS

### ESTRÉS: ¿QUÉ ES Y CÓMO MANEJARLO?

#### ¿Qué es el estrés?

Es un sentimiento de tensión física o emocional. Se presenta frente a situaciones que son percibidas como amenazantes. Y es algo a lo que estamos constantemente expuestos.

**Sin embargo, si estás bajo demasiado estrés puedes experimentar:**

- Insomnio
- Dificultades en la concentración y en la memoria
- Constante sentimiento de amenaza
- Reexperimentación, es decir, puedes experimentar sentimientos repetidos e involuntarios de un hecho traumático.
- Cansancio exagerado
- Palpitaciones
- Cambios de humor e irritabilidad
- Emociones o sentimientos perturbadores
- Falta de ánimo: aburrimiento, tristeza, decaimiento, llanto, pesimismo, ideas suicidas
- Exceso o falta del apetito y cambios marcados en el peso corporal
- Reducción del deseo y desarreglos del desempeño sexual
- Consumo aumentado de café, tabaco, alcohol o automedicación.



#### ¿Cuándo y por qué se puede presentar?

- Es probable que lo experimentes a partir de la exposición a eventos potencialmente amenazantes o traumáticos.
- Estamos constantemente expuestos a estresores, por lo que el estrés puede presentarse a cualquier edad.
- Exceso de carga laboral.
- Relaciones complicadas en casa, escuela o trabajo.
- Problemas financieros.
- Cambios importantes en la vida.

**IMPORTANTE:** Si el estrés no es tratado oportunamente, puede desarrollarse en otras enfermedades, por ejemplo: depresión y ansiedad.

#### Estrategias para manejar y evitar el estrés

-  Comenta tus problemas y dificultades con personas cercanas a ti.
-  Realiza ejercicios de respiración profunda y relajación progresiva.
-  Organiza tus actividades. Esto te volverá más eficiente y te sentirás menos presionado por las actividades que debes realizar.
-  Evita el consumo de alcohol y drogas. Si bien, en un principio pueden parecer placenteros, a la largo sólo complicarán tu situación.
-  Duérmete bien. Establece un horario para descansar.
-  Identifica los estresores en tu casa, empleo y otros lugares en donde desarrolles tus actividades y elimínalos siempre que te sea posible.
-  Haz ejercicio. Realizar actividad física, disminuirá tus niveles de estrés.
-  Realiza actividades con tu familia y amigos.

#### Recursos externos

Para realizar los ejercicios de relajación y respiración profunda se recomienda ver los siguientes videos:

- <https://www.youtube.com/watch?v=IjIw0ZUvUcA&feature=youtu.be>
- <https://www.youtube.com/watch?v=Gq3PuDz6tBs&feature=youtu.be>

También te recomendamos revisar el siguiente video en donde podrás conocer más técnicas para reducir el estrés y ansiedad:

- <https://www.gob.mx/salud/conadic/es/videos/facebook-live-23-07-2020-tecnicas-para-disminuir-la-ansiedad>

Si deseas conocer más sobre el estrés, revisa el siguiente link:

- <https://www.gob.mx/ssste/articulos/el-estres-y-tu-salud?idiom=es>

#### Busca atención en caso de que:

- El estrés frente a determinada circunstancia siga en aumento.
- Te sientas cada vez peor
- La relación con tus amigos y familia se esté viendo afectada
- Tu desempeño laboral o escolar se esté viendo perjudicado.

Más información y apoyo en:  
Atención psicológica UNAM: 5550250855

Sistema Nacional de Apoyo, Consejo Psicológico  
= Intervención en Crisis por Teléfono (SAPTEL):  
5552508121

## APÉNDICE 5. FORMATO PARA LA EVALUACIÓN POR PARTE DE EXPERTOS

Cuestionario de Regulación Emocional Cognitiva y Cuestionario de Regulación Emocional Conductual				
<p><i>Estimada colega: Solicitamos y agradecemos su valiosa colaboración para adaptar, como experta en su área, los reactivos del Cuestionario de Regulación Emocional Cognitiva (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire-CERQ) (Garnefski &amp; Kraaij, 2001) y el Cuestionario de Regulación Emocional Conductual (Behavioral Emotion Regulation Questionnaire (BERQ) (Kraaij &amp; Garnefski, 2019). La evaluación de los instrumentos psicosociales es de gran relevancia para lograr su validez y, consecuentemente, que los resultados obtenidos a partir de ellos se utilicen eficientemente en la investigación y en el campo aplicado de las Ciencias de la Salud.</i></p>				
<p><b>Objetivo de la investigación:</b> Desarrollar y evaluar un modelo que permita comprender el papel de las estrategias cognitivas y conductuales de regulación emocional ante el estrés en la relación eventos de adversos en la infancia-sintomatología depresiva, considerando la influencia de factores sociodemográficos y del salud, en adultos que acuden a centros del primer nivel de atención a la salud de la Ciudad de México.</p>				
<p><b>Objetivo de las escalas:</b> Identificar las estrategias cognitivas (CERQ) y conductuales (BERQ) de regulación emocional que alguien usa después de haber experimentado eventos o situaciones negativas. El CERQ se puede utilizar para medir el estilo cognitivo general de una persona, y el BERQ para evaluar el estilo conductual, así como las estrategias cognitivas y conductuales de una persona después de haber experimentado un evento específico. En este caso se usará para evaluar el estilo cognitivo y conductual general frente a eventos amenazantes o estresantes.</p>				
<p><b>Objetivo de la evaluación de expertos:</b> Adaptar culturalmente los reactivos propuestos para evaluar las dimensiones del CERQ y el BERQ, considerando el objetivo de la investigación y las características de la población.</p>				
<b>Datos personales</b>				
Nombre:				
Formación académica:				
Área de experiencia (investigación psicosocial; en población de centros de salud; en psicología clínica y/o TCC).				
Años de experiencia:				
Institución:				
<b>Cuestionario de Regulación Emocional Cognitiva</b>				
<p><b>Instrucciones:</b> Por favor conteste las siguientes preguntas relacionadas con la equivalencia conceptual del constructo <b>Regulación emocional cognitiva</b> para la población a la que se dirige el estudio (hombres y mujeres mayores de 18 años usuarios de centros de salud de la CDMX). Argumente su respuesta</p>				
<p><b>Regulación emocional cognitiva:</b> Se refiere a lo que las personas tienden a pensar después de experimentar acontecimientos estresantes para regular sus emociones.</p>				
<b>Preguntas</b>		<b>Respuestas</b>		
1. ¿Puede existir el constructo de regulación emocional cognitiva en la población que asiste a centros de salud?, ¿En qué porcentaje?				
2. ¿El constructo es relevante para la población meta?.				
<b>Instrucciones:</b> En una escala de 1 a 5, califique cada uno de los reactivos de acuerdo con el criterio de equivalencia (pertinencia) y, de ser necesario, adáptelos a las características de la población.				
<p><b>a) Pertinencia de los reactivos.</b> ¿Qué tanto el reactivo es pertinente para la población meta? (Revisar si el reactivo es pertinente y aplicable en la población meta).</p>				
<b>Dimensiones</b>	<b>Reactivos</b>	<p><b>1: Nada pertinente.</b> El reactivo podría ser eliminado sin afectar la medición de la dimensión. <b>5: Totalmente pertinente.</b> El reactivo es muy relevante para la medir la dimensión en la población</p>	<p>Si los reactivos no son pertinentes y/o pueden ser ajustados para que se comprendan mejor, rephrasearlos</p>	<b>Observaciones</b>
<b>Instrucciones</b>	<p>Todas las personas enfrentan experiencias negativas o desagradables y responden a ellas a su manera. En las siguientes preguntas, se le pide indique lo que generalmente piensa cuando experimenta eventos negativos o desagradables. Por favor, lea las siguientes oraciones e indique con qué frecuencia tiene los siguientes pensamientos, marcando con un círculo la respuesta más adecuada.</p>			
<b>Opciones de respuesta</b>	<p>(Casi nunca' (1); 'A veces' (2); 'Regularmente' (3); 'Frecuentemente' (4); '(Casi) siempre' (5)</p>			
1. <b>Auto-culpa</b> , que hace referencia a los pensamientos de culparse por lo que ha experimentado	1.1 Siento que tengo la culpa de lo sucedido			
	1.2 Siento que soy el responsable de lo que ha pasado			
	1.3. Pienso en los errores que he cometido en este asunto			
	1.4 Pienso que básicamente la causa debe estar dentro de mí mismo			

**APÉNDICE 6. PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS Y VERSIÓN EN INGLÉS DEL COGNITIVE EMOTION REGULATION QUESTIONNAIRE (CERQ).**

**Ficha psicométrica de la validación al español del Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (Cuestionario de Regulación Emocional Cognitiva)**

<i>Elementos</i>	<i>Escala</i>	<i>Evaluación Psicométrica</i>
<b>Código psicométrico de la escala</b>	Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) <sup>A</sup> -36*5 9 /α.89/Estudiantes Universitarios[España, 2011]	
<b>Nombre de la escala</b>	Cognitive Emotion Regulation Questionnaire.	
<b>Referencia de la validación</b>	Dominguez-Sanchez, F. J., Lasa-Aristu, A., Amor, P. J., & Holgado-Tello, F. P. (2011). Psychometric properties of the Spanish version of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. <i>Assessment.</i> , 20, 253-261	
<b>Referencia de la versión original</b>	Garnefski, N. & Kraaij, V. (2007). The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire Psychometric Features and Prospective Relationships with Depression and Anxiety in Adults. <i>European Journal of Psychological Assessment</i> , Vol. 23(3):141–149.	
<b>Participantes</b>	<p>615 personas que han participados en diversos cursos en una universidad en España 75% mujeres, media de edad de 32.94 años, 90% con estudios universitarios, 65% con empleo.</p> <p>Aplicando un análisis multivariado de covarianza (MANCOVA), con la edad como covariable, encontramos diferencias entre hombres y mujeres en estrategias cognitivas de regulación emocional: Wilks's <math>\lambda = .93</math>; <math>F(9, 560) = 4.75</math>; <math>p = .000</math>; <math>\eta^2 = .071</math>. Las mujeres obtuvieron una puntuación más alta en Ruminación, <math>F(1, 570) = 8.84</math>, <math>p = .003</math>, <math>\eta^2 = .015</math>; Poniéndolo en perspectiva, <math>F(1, 570) = 6.64</math>, <math>p = .010</math>, <math>\eta^2 = .012</math>; Catastrofización, <math>F(1, 570) = 5.02</math>, <math>p = .025</math>, <math>\eta^2 = .009</math>; y Auto-culpa, <math>F(1, 570) = 3.59</math>, <math>p = .059</math>, <math>\eta^2 = .006</math>. Los hombres obtuvieron una puntuación más alta en Culpar a los demás: <math>F(1, 570) = 4.27</math>, <math>p = .039</math>, <math>\eta^2 = .007</math>. También encontramos diferencias significativas relacionadas con la edad: Wilks's <math>\lambda = .94</math>, <math>F(9, 560) = 4.19</math>, <math>p = .000</math>; <math>\eta^2 = .063</math>. Cuanto mayor es el participante, menor es el catastrofismo (<math>r = -.21</math>, <math>p &lt; .01</math>) y la culpa de los demás</p>	<p>Interpretabilidad: 2</p> <p>Efecto de piso y techo: 0</p>

<b>Elementos</b>	<b>Escala</b>	<b>Evaluación Psicométrica</b>
	( $r = -.10$ , $p < .05$ ), y mayor es la reevaluación positiva ( $r = .09$ , $p < .05$ ).	
<b>Número de reactivos y opciones de respuesta</b>	36 reactivos, en escala tipo Likert (de 1 = casi nunca a 5 = casi siempre), cuanto mayor es la puntuación, mayor es el uso de la estrategia de afrontamiento en cuestión.	
<b>Índice(s) de confiabilidad</b>	$\alpha$ Autoculpa: .61 Aceptación: .64 Rumiación: .74 Reenfoque positivo: .89 Reenfoque en la planificación: .83 Reevaluación positiva: .80 Puesta en perspectiva: .83 Catastrofismo: .72 Culpabilidad: .79	Consistencia interna: 2
<b>Índice(s) de validez</b>	Análisis factorial confirmatorio Modelo CFA: $\chi^2$ (grados de libertad o $df = 558$ ; $p = .00001$ ) = 2513.95; RMSEA = .082 con un intervalo al 90% (.080 a .087; los valores $< .08$ son adecuados); GFI (índice de bondad de ajuste) = .90; AGFI (índice de bondad de ajuste ajustado) = .88; CFI (índice de ajuste comparativo) = .98; NFI (índice de ajuste normativo) = .99 (los valores $> .90$ son adecuados); y SRMR (residuo cuadrático medio cuadrático estandarizado) = .10 (los valores $< .10$ son adecuados). Validez convergente con depresión, ansiedad, afecto positivo y afecto negativo.	Validez de constructo: 2 Validez predictiva: 2
<b>Subescalas</b>	Consta de 9 escalas, cada una con cuatro elementos y conceptualmente diferentes: Autoculpa, Aceptación, Rumia, Reenfoque positivo, Reenfoque en la planificación, Reevaluación positiva, Puesta en perspectiva, Catastrofismo y Culpabilidad.	
<b>Reactivos por subescala</b>	Son 4 reactivos por cada una de las 9 sub escalas. La versión en español de este cuestionario (CERQ-S) se desarrolló de acuerdo con las directrices de la Comisión	Validez de contenido: 2

<b><i>Elementos</i></b>	<b><i>Escala</i></b>	<b><i>Evaluación Psicométrica</i></b>
	Internacional de Pruebas y utilizando el método de retraducción.	
		TOTAL: 10

**APÉNDICE 7. APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA DEL INSTITUTO NACIONAL DE  
PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUNÍZ**

*Ciudad de México a 8 de febrero de 2021  
Ref.: CEI/M/004/2021*

MC Miriam Arroyo Belmonte  
Investigadora Principal  
Presente

Por este medio, me permito hacer de su conocimiento que el Comité revisó y autorizó dentro de la sesión número V, la enmienda realizada al proyecto titulado: Estrategias cognitivas de regulación emocional en la relación entre experiencias adversas y síntomas depresivos: Una integración conceptual, la cual contempla un cambio en la estrategia de levantamiento de la información ante la actual contingencia por COVID-19. El cambio implica hacer el levantamiento de la información a través de una plataforma virtualAp, misma que permite conservar el anonimato, sin que esto represente modificaciones a los objetivos y al método del estudio que el comité aprobó el 2 de diciembre de 2019, con número de aprobación CEI/C/068/2019.

Sin otro particular, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente,  
Dra. Liliana Mondragón Barrios  
Presidente del Comité de Ética en Investigación