



## **FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

REGULACIÓN EMOCIONAL Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE UNA  
INSTITUCIÓN EDUCATIVA ESTATAL DE ATE VITARTE, LIMA, 2021

**Línea de investigación:**

**Psicología de los procesos básicos y psicología educativa**

Tesis para optar el Título Profesional de Psicología con mención en  
Psicología Clínica

**Autora:**

Del Carpio Hernández, Ribert Paul

**Asesor:**

Mendoza Huamán, Vicente Eugenio  
(ORCID: 0000-0003-1946-6831)

**Jurado:**

Figueroa Gonzales, Julio  
Del Rosario Pacherras, Orlando  
Quiroz Aviles, Mirtha

**Lima - Perú**

**2022**

**Referencia:**

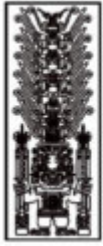
Del Carpio, R. (2022). *Regulación emocional y depresión en adolescentes de una institución educativa estatal de Ate Vitarte, Lima, 2021*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://hdl.handle.net/20.500.13084/6132>



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada (CC BY-NC-ND)**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede generar obras derivadas ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



Universidad Nacional  
**Federico Villarreal**

**VRIN** | VICERRECTORADO  
DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

REGULACIÓN EMOCIONAL Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE UNA  
INSTITUCIÓN EDUCATIVA ESTATAL DE ATE VITARTE, LIMA, 2021

**Línea de investigación**

**Psicología de los procesos básicos y psicología educativa**

Tesis para optar el Título Profesional de Psicología con mención en Psicología Clínica

**Autor:**

Del Carpio Hernández, Ribert Paul

**Asesor:**

Mendoza Huamán, Vicente Eugenio

(ORCID: 0000-0003-1946-6831)

**Jurado**

Figueroa Gonzales, Julio

Del Rosario Pacherres, Orlando

Quiroz Aviles, Mirtha

**Lima – Perú**

**2022**

### **Dedicatoria**

A mi madre, padre y hermano, por acompañarme en este camino. A mi tía Gladys, por haber existido y crear este camino. A mi hijita, por darme energía y esperanza en este camino.

## ÍNDICE

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN .....	12
1.1. Descripción y formulación del problema.....	12
1.1.1. Descripción del problema .....	12
1.1.2. Formulación del problema .....	15
1.1.2.1. Problema general.....	15
1.1.2.2. Problemas específicos .....	15
1.2. Antecedentes .....	16
1.2.1. Antecedentes internacionales .....	16
1.2.2. Antecedentes nacionales .....	17
1.3. Objetivos.....	20
1.3.1. Objetivo general .....	20
1.3.2. Objetivos específicos .....	20
1.4. Justificación .....	20
1.5. Hipótesis .....	22
1.5.1. Hipótesis general.....	22
1.5.2. Hipótesis específicas .....	23
 CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO .....	 24
2.1. Emoción .....	24
2.1.1. Emociones primarias.....	25
2.1.2. Emociones secundarias .....	26
2.2. Emociones en la regulación emocional .....	27
2.3. Conceptualización de la regulación emocional .....	27

2.4. Funcionalidad de la regulación emocional .....	30
2.5. Regulación adaptativa de las emociones .....	32
2.6. Dominios de la regulación de la emoción.....	33
2.7. Desarrollo de la regulación emocional en adolescentes .....	35
2.7.1. Influencia neurobiológica .....	35
2.7.2. Influencia ambiental.....	38
2.8. Desarrollo de procesos regulatorios.....	39
2.8.1. Entre los 10-13 años.....	39
2.8.2. Entre los 14-16 años.....	40
2.9. Estrategias de regulación emocional.....	42
2.10. Teorías de la regulación emocional .....	43
2.11. Habilidades de regulación emocional .....	44
2.12. Dimensiones de la regulación emocional .....	47
2.12.1. Conciencia.....	47
2.12.2. Rechazo .....	48
2.12.3. Estrategias .....	49
2.12.4. Metas.....	51
2.13. Constructos relacionados a regulación emocional.....	52
2.14. Regulación emocional según género .....	54
2.15. Evaluación de la regulación emocional .....	56
2.16. Regulación emocional y psicopatología .....	57
2.17. Regulación emocional y depresión .....	59
2.18. Conceptualización de la depresión .....	61
2.19. Síntomas de depresión en adolescentes .....	63
2.19.1. Síntomas afectivos .....	65
2.19.2. Síntomas físicos .....	66

2.19.3. Síntomas cognitivos .....	67
2.20. Signos de depresión en los adolescentes.....	67
2.21. Trastornos depresivos .....	68
2.21.1. Trastorno depresivo mayor .....	69
2.21.2. Distimia.....	71
2.22. Factores de riesgo de depresión adolescente .....	71
2.23. Depresión según género.....	72
2.24. Teorías de la depresión .....	75
2.24.1. Teorías biológicas .....	75
2.24.1.1. Déficit de serotonina .....	76
2.24.1.2. Alteraciones endocrinas .....	77
2.24.1.3. Alteraciones del sueño .....	77
2.24.1.4. Alteración en la neurotransmisión.....	78
2.24.1.5. Factores genéticos .....	78
2.24.2. Teorías psicológicas .....	79
2.24.2.1. Teorías del apego .....	79
2.24.2.2. Modelos conductuales .....	81
2.24.2.3. Modelos cognitivos .....	82
2.24.2.4. Modelo del autocontrol .....	83
2.24.2.5. Teoría interpersonal.....	83
2.24.2.6. Eventos de vida estresantes .....	84
2.24.2.7. Modelos socioculturales .....	85
2.25. Tratamientos clínicos para la depresión.....	86
2.25.1. Farmacoterapia.....	86
2.25.2. Psicoterapia .....	88
CAPÍTULO III: MÉTODO.....	93

3.1. Tipo de investigación.....	93
3.2. Ámbito temporal y espacial .....	93
3.3. Variables .....	93
3.3.1. Regulación emocional.....	93
3.3.2. Dimensiones de la regulación emocional.....	94
3.3.2.1. Conciencia.....	94
3.3.2.2. Rechazo .....	94
3.3.2.3. Estrategias .....	94
3.3.2.4. Metas .....	95
3.3.3. Depresión .....	95
3.4. Población y muestra.....	95
3.4.1. Población.....	95
3.4.2. Muestra.....	95
3.4.3.1. Criterios de inclusión .....	96
3.4.3.2. Criterios de exclusión.....	96
3.5. Instrumentos.....	96
3.5.1. Escala de Dificultades en Regulación Emocional (DERS).....	96
3.5.2. Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II).....	97
3.6. Procedimientos.....	97
3.7. Análisis de datos .....	98
CAPÍTULO IV: RESULTADOS .....	99
4.1. Estadísticos descriptivos de las variables .....	98
4.2. Estadísticos inferenciales de las variables .....	107
4.2.1. Prueba de hipótesis .....	107
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN DE RESULTADOS .....	112



CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES .....	115
CAPITULO VII: RECOMENDACIONES .....	116
CAPÍTULO VIII: REFERENCIAS .....	117
CAPÍTULO VIX: ANEXOS .....	148
Anexo A: Matriz de consistencia.....	148
Anexo B. Matriz de operacionalización de instrumentos de recolección de datos.....	151
Anexo C. Instrumentos de recolección de datos.....	153
Anexo D. Base de datos de la investigación .....	153

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Frecuencias y porcentajes de la muestra según género.....	99
Tabla 2. Frecuencias y porcentajes de la muestra según edad .....	99
Tabla 3. Frecuencias y porcentajes de los niveles de Regulación Emocional .....	100
Tabla 4. Frecuencias y porcentajes de los niveles de la dimensión Conciencia .....	101
Tabla 5. Frecuencias y porcentajes de los niveles de la dimensión Rechazo.....	102
Tabla 6. Frecuencias y porcentajes de los niveles de la dimensión Estrategias.....	103
Tabla 7. Frecuencias y porcentajes de los niveles de la dimensión Metas .....	104
Tabla 8. Frecuencias y porcentajes de los niveles de Depresión .....	105
Tabla 9. Prueba de normalidad para la Regulación Emocional y la Depresión.....	106
Tabla 10. Relación entre Regulación Emocional y Depresión.....	107
Tabla 11. Relación entre la dimensión Conciencia y Depresión .....	108
Tabla 12. Relación entre la dimensión Rechazo y Depresión.....	109
Tabla 13. Relación entre la dimensión Estrategias y Depresión.....	110
Tabla 14. Relación entre la dimensión Metas y Depresión .....	111

## INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Porcentajes de los niveles del Regulación Emocional.....	100
Figura 2. Porcentajes de los niveles de la dimensión Conciencia.....	101
Figura 3. Porcentajes de los niveles de la dimensión Rechazo .....	102
Figura 4. Porcentajes de los niveles de la dimensión Estrategias .....	103
Figura 5. Porcentajes de los niveles de la dimensión Metas .....	104
Figura 6. Porcentajes de los niveles de Depresión.....	105

## RESUMEN

**Objetivo:** El objetivo principal de la investigación fue determinar la relación entre la regulación emocional y la depresión en adolescentes de una Institución Educativa estatal de Ate Vitarte, Lima, 2021. **Método:** La investigación tuvo un enfoque cuantitativo, con diseño no experimental de corte transversal y un nivel correlacional. La muestra estuvo conformada por 70 adolescentes de entre 15 y 17 años elegidos por muestreo no probabilístico por conveniencia. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Dificultades en Regulación Emocional (DERS) de Gratz y Roemer, y el Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II). **Resultados:** Los resultados indicaron que existe una relación significativa e inversa entre la regulación emocional y la depresión en la población estudiada (Rho de Spearman = -0,794; p-valor= 0,000). En cuanto a los objetivos específicos de la investigación, se determinó una relación muy significativa (p=0,000) entre cada dimensión de la regulación emocional y la depresión: Conciencia (-0,616), Rechazo (-0,654), Estrategias (-0,750), y Metas (-0,625). **Conclusión:** La regulación emocional y cada una de sus dimensiones tienen una relación con la depresión en adolescentes de la población estudiada.

*Palabras clave:* regulación emocional, depresión, adolescencia.

## ABSTRACT

**Objective:** The main objective of the research was to determine the relationship between emotional regulation and depression in adolescents from a state Educational Institution of Ate Vitarte, Lima, 2021. **Method:** The research had a quantitative approach, with a non-experimental cross-sectional design and a correlational level. The sample consisted of 70 adolescents between 15 and 17 years old chosen by non-probability sampling for convenience. The instruments used were the Gratz and Roemer's Scale of Difficulties in Emotional Regulation (DERS), and the Beck Depression Inventory II (BDI-II). **Results:** The results indicated that there is a significant and inverse relationship between emotional regulation and depression in the studied population (Spearman's Rho = -0.794; p-value = 0.000). Regarding the specific objectives of the research, a very significant relationship ( $p = 0.000$ ) was determined between each dimension of emotional regulation and depression: Awareness (-0.616), Rejection (-0.654), Strategies (-0.750), and Goals (-0.625). **Conclusion:** Emotional regulation and each of its dimensions are related to depression in adolescents of the population studied.

*Keywords:* emotional regulation, depression, adolescence.

## I. INTRODUCCIÓN

La adolescencia es un periodo de suma importancia en la vida del individuo. Además, de los notorios cambios físicos, se produce en ellos un profundo cambio psicológico, ya que dejan de ser niños y aún están desarrollando una visión madura de la realidad. Dentro de las dificultades que pueden encontrar los adolescentes en su salud mental, se encuentra la depresión. Los adolescentes pueden experimentar depresión en forma de humor deprimido, autoestima baja, desesperanza, impotencia, insomnio, cambios de peso, irritabilidad y pensamientos suicidas. La sintomatología depresiva aparece y se mantiene por distintos factores propios de eventos que consideran estresantes o preocupantes, contextos de difícil adaptación, y particularmente, una dificultad para manejar tales situaciones.

De esta forma, la regulación emocional, entendida básicamente como los procesos de toma de consciencia de la emoción y etiquetarla, no intentar rechazar cognitiva ni fisiológicamente tal emoción, elegir estrategias funcionales a pesar del malestar ocasionado y seguir actuando según metas, resultan muy importantes en el desarrollo de depresión en el adolescente, entre otras psicopatologías. Entonces esta investigación se centra en encontrar la relación entre la depresión y la regulación emocional en los adolescentes.

### **1.1. Descripción y formulación del problema**

#### ***1.1.1. Descripción del problema***

La depresión, según la Clasificación Internacional de Enfermedades, en su décima versión, se caracteriza por un estado de ánimo deprimido, pérdida de interés o placer en las actividades y disminución de la energía. Los síntomas asociados incluyen pérdida de confianza o autoestima, sentimientos de culpa inapropiada o excesiva, pensamientos recurrentes de

muerte o comportamiento suicida, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, cambios en la actividad psicomotora, trastornos del sueño y cambios en el apetito con el correspondiente cambio en el peso (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2010).

En la población de adolescentes, la depresión, además de las características mencionadas anteriormente, puede definirse por una constelación de síntomas concurrentes que causan deterioro funcional en áreas tales como las relaciones familiares y de pares, así como el trabajo escolar y la participación en actividades cotidianas (Rice et al., 2017). Los adolescentes reportan sentirse muy estresados diariamente, usualmente por las relaciones con amigos, parejas o padres, y la presión de la escuela. También reportan sentirse frecuentemente aburridos, cansados y con sueño, con una sensación de incomodidad social. Aunque la mayoría de los adolescentes no tienen tantos cambios de humor, algunos sí que se encuentran frecuentemente ansiosos, irritables o tristes (Gratz y Tull, 2010).

Según datos de prevalencia, los trastornos depresivos se encuentran entre los trastornos psicológicos más comunes en todo el mundo. Sus tasas de prevalencia de vida son de alrededor del 16,6% para el trastorno depresivo mayor y del 2,5% para la distimia (Kessler et al., 2005). En cuanto a los adolescentes, estudios indican una prevalencia del 5% a nivel mundial (Stirling et al., 2015).

A nivel nacional, Navarro et al. (2017) realizaron un estudio recopilatorio sobre la depresión en adolescentes en el Perú. Según estos investigadores, la prevalencia entre los artículos revisados, fue desde 1,2% hasta el 66% de adolescentes con sintomatología depresiva. Según los informes del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" la depresión es el trastorno psicológico más frecuente en los adolescentes de Lima y Callao y tienen una prevalencia del 7%, siendo mayor en las mujeres (Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi [INSM HD-HN], 2013).

De forma particular, los alumnos de secundaria de la institución educativa John F. Kennedy de Salamanca, según reportes del personal administrativo y de apoyo, presentan una sintomatología depresiva una vez que los casos problemáticos son detectados. Los adolescentes suelen esconder su depresión debido al temor al rechazo por parte de sus amistades y grupos cercanos. De esta manera, la sintomatología depresiva es detectable a través de las conductas externas de los estudiantes como problemas de conducta y adaptación en el salón de clases. Las bajas calificaciones, el ausentismo escolar, observados en muchos alumnos de esta institución educativa, son solo algunas de las consecuencias de una depresión subyacente, identificada luego de conversar profundamente con estos estudiantes.

Dada la problemática de este contexto particular, y la magnitud de este problema a nivel de salud pública, es imprescindible identificar los factores de riesgo y los mecanismos subyacentes a la depresión adolescente para desarrollar las intervenciones preventivas y terapéuticas (Farb et al., 2014). En este sentido, las investigaciones y literatura especializada, proponen que los problemas en los estados emocionales, como la reactividad emocional alterada y la desregulación emocional asociada cumplen un papel importante en el desarrollo de la depresión, sobre todo en los adolescentes.

Las personas propensas a la depresión pueden usar estrategias de regulación emocional desadaptativas, donde los intentos de controlar las experiencias negativas se vuelven contraproducentes y mantienen o aumentan los síntomas depresivos. Además, las personas con estas deficientes estrategias de regulación pueden ser menos conscientes de las emociones, tener dificultades para comprenderlas, así como una capacidad limitada para tolerarlas. En consecuencia, tienen problemas para recuperarse de las emociones negativas, lo que resulta en un estado de ánimo deprimido sostenido y a largo plazo (Joormann et al., 2010).



En la población del presente estudio, además de las características de depresión observadas, también se detectan dificultades en la regulación emocional a través de numerosos problemas que afectan su interacción social y los resultados emocionales que estos conllevan. De esta forma, la depresión y las dificultades emocionales se presentan constantemente juntos en una población tan vulnerable como los adolescentes.

### ***1.1.2. Formulación del problema***

#### **1.1.2.1. Problema general**

- ¿Existe relación entre la regulación emocional y la depresión en adolescentes de una Institución Educativa estatal de Ate Vitarte, Lima, 2021?

#### **1.1.2.2. Problemas específicos**

- ¿Existe relación entre la dimensión Conciencia de la regulación emocional y la depresión en adolescentes de una Institución Educativa estatal de Ate Vitarte, Lima, 2021?
- ¿Existe relación entre la dimensión Rechazo de la regulación emocional y la depresión en adolescentes de una Institución Educativa estatal de Ate Vitarte, Lima, 2021?
- ¿Existe relación entre la dimensión Estrategias de la regulación emocional y la depresión en adolescentes de una Institución Educativa estatal de Ate Vitarte, Lima, 2021?
- ¿Existe relación entre la dimensión Metas de la regulación emocional y la depresión en adolescentes de una Institución Educativa estatal de Ate Vitarte, Lima, 2021?

## 1.2. Antecedentes

### 1.2.1. Antecedentes internacionales

Aonso (2018) realizó un estudio titulado *Análisis de la regulación emocional en pacientes con trastornos emocionales en atención primaria* para conocer si las personas con trastornos emocionales usan estrategias de regulación emocional más desadaptativas. Se utilizó un diseño de investigación no experimental, a nivel descriptivo correlacional. La muestra estuvo constituida por 1259 personas atendidas en el sistema sanitario en distintas comunidades autónomas de España. Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ) de Gross y John, y el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ) de Spitzer, Kroenke y Williams. Los resultados mostraron que las personas que presentaban depresión, ansiedad, entre otros, utilizaban una forma de regulación emocional más desadaptativa.

Andrés et al. (2017) realizaron un estudio titulado *Estrategias cognitivas de regulación emocional y síntomas de depresión en estudiantes universitarios: Diferencias por género y tipo de carrera. Resultados preliminares* para analizar el efecto del género y tipo de carrera en la utilización de estrategias de regulación emocional en la depresión. En la investigación se usó un diseño no experimental, y de nivel descriptivo correlacional. La muestra fue constituida por 40 estudiantes de una universidad de Argentina. Los instrumentos usados fueron el Cuestionario de Regulación Cognitiva de las Emociones (CERQ) de Garnefski y Kraaij, y el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) de Beck, Steer y Brown. Entre los resultados, se encontró que el tipo de carrera, más que el género, explicaba mejor el uso de rumiación para la depresión. En ambos grupos, la rumiación y la distracción predijeron la presencia de síntomas de depresión.

Barraza et al. (2017) investigaron la *Relación entre inteligencia emocional y depresión-ansiedad y estrés en estudiantes de medicina de primer año* con la finalidad de determinar el grado de relación entre las variables mencionadas. El diseño fue no experimental, a nivel descriptivo correlacional y transversal. La muestra estuvo constituida por 106 universitarios del primer año de medicina de una universidad en Chile. Los instrumentos utilizados fueron la Escala Rasgo de Metaconocimiento Emocional (TMMS-24) de Fernández, Extremera y Ramos, y las Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) de Lovibond y Lovibond. Los resultados indicaron correlaciones inversas entre las dimensiones claridad y reparación con los síntomas depresivos, ansiosos, y el estrés. Asimismo, existió una correlación directa entre la dimensión atención de la inteligencia emocional y depresión.

Andrés et al. (2016) estudiaron las *Relaciones de la regulación emocional y la personalidad con la ansiedad y depresión en niños* para determinar la relación entre las variables mencionadas. Se utilizó un diseño no experimental, con método cuantitativo, correlacional. La muestra estuvo constituida por 230 niños de los últimos años de primaria, de entre 9 y 12 años, de una ciudad de Argentina. Entre los instrumentos, se utilizaron el Cuestionario Argentino de Personalidad Infantil (CAPI) de Lemos, y el Cuestionario de Regulación Cognitiva de la Emoción para Niños (CERQ-k) de Garnefski et al. Entre los resultados encontrados, se observó que existe una relación significativa entre reevaluación cognitiva ( $p < 0,05$ ;  $r = -0,13$ ) y la supresión de la expresión emocional ( $p < 0,01$ ;  $r = 0,41$ ) con la depresión en niños.

### **1.2.2. Antecedentes nacionales**

D' Acunha (2019) estudió la *Sintomatología depresiva y ansiosa y regulación emocional en adultos que realizan ejercicio físico* para determinar la relación entre las mencionadas variables. En cuanto a su metodología, el estudio fue no experimental,

correlacional y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 116 adultos que realizaban ejercicio de entre 18 y 61 años, en su mayoría de Lima. Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de Regulación Cognitiva de las Emociones (CERQ) de Garnefski y Kraaij, el Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ) de Gross y Thompson, y el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) de Beck, Steer y Brown. Entre los resultados obtenidos, se encontró una relación directa entre la sintomatología depresiva con las estrategias de regulación emocional como culpar a otros, autoculparse, rumiación, reinterpretación positiva, focalización positiva, catastrofización y supresión. No se encontró relación con otras estrategias como aceptación, poner en perspectiva, focalización en los planes y reevaluación cognitiva.

Navarro (2018) realizó una investigación titulada *Influencia de las estrategias de regulación cognitiva de las emociones sobre la depresión en adolescentes*, con la finalidad de conocer la influencia de las estrategias de regulación sobre sus emociones de los adolescentes sobre la depresión. La investigación fue de diseño no experimental, correlacional y de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 255 estudiantes de una institución educativa pública de Cercado de Lima. Los instrumentos utilizados fueron el Inventario de Depresión Estado/Rasgo (IDER) de Spielberger, Buela y Agudelo, y el Cuestionario de Regulación Cognitiva de las Emociones (CERQ) de Garnefski y Kraaij. Los resultados se obtuvieron mediante el análisis de regresión lineal múltiple y se encontró que las estrategias desadaptativas explicaban el 15,1% de la variabilidad de puntuaciones de la depresión.

Quijano (2018) realizó un estudio titulado *Inteligencia emocional y depresión en estudiantes del cuarto año de secundaria de la Institución Educativa Industrial Alfredo Vargas Guerra de Pucallpa, Ucayali, 2017* cuyo objetivo fue determinar la relación entre ambas variables. En cuanto a la metodología, el estudio fue de alcance descriptivo correlacional y de diseño no experimental. La muestra utilizada fue de 147 estudiantes de secundaria de una institución educativa de Ucayali. Los instrumentos utilizados fueron el Inventario de Cociente

Emocional (I-CE) de BarOn, y el Inventario de Depresión Infantil (CDI) de Kovacs. Según los resultados obtenidos, se encontró una relación significativa inversa entre inteligencia emocional y depresión en la población estudiada.

Pérez (2015) realizó una investigación bajo el título *Niveles de depresión y estrategias de afrontamiento en alumnos del 4° y 5° de secundaria de la I.E. N° 1140 Aurelio Miro Quesada Sosa, del distrito de la Molina, Lima* con la finalidad de determinar la relación entre ambas variables. El estudio utilizó un diseño no experimental y de nivel descriptivo correlacional, de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 149 alumnos de secundaria de entre 15 y 18 años de edad de una institución educativa en Lima. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Auto-Medición de la Depresión (EAMD) de Zung, y la Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS) de Frydenberg y Lewis. Los resultados evidenciaron una relación significativa entre el nivel moderado de depresión y estrategias de afrontamiento, aunque no se halló correlación con el nivel alto de depresión.

Urcos (2014) investigó la *Inteligencia emocional y la depresión en alumnos de nivel secundario de la Institución Educativa "Fe y Alegría" N°05 del distrito de San Juan de Lurigancho, año 2013* con el objetivo de determinar la relación entre ambas variables. La investigación fue de diseño no experimental, de nivel descriptivo correlacional y de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 136 estudiantes de secundaria de una institución educativa en Lima. Los instrumentos utilizados fueron el Inventario de Cociente Emocional (I-CE) versión abreviada de BarOn, y el Inventario de Depresión Infantil (CDI) de Kovacs. Los resultados evidenciaron que existió una correlación significativa y muy débil ( $p > 0,05$ ;  $r = -0,059$ ) entre inteligencia emocional y depresión en la población estudiada.

### **1.3. Objetivos**

#### ***1.3.1. Objetivo general***

- Determinar la relación entre la regulación emocional y la depresión en adolescentes una institución educativa estatal de Ate Vitarte, Lima, 2021.

#### ***1.3.2. Objetivos específicos***

- Determinar la relación entre la dimensión Conciencia de la regulación emocional y la depresión en adolescentes una institución educativa estatal de Ate Vitarte, Lima, 2021.
- Determinar la relación entre la dimensión Rechazo de la regulación emocional y la depresión en adolescentes una institución educativa estatal de Ate Vitarte, Lima, 2021.
- Determinar la relación entre la dimensión Estrategias de la regulación emocional y la depresión en adolescentes una institución educativa estatal de Ate Vitarte, Lima, 2021.
- Determinar la relación entre la dimensión Metas de la regulación emocional y la depresión en adolescentes una institución educativa estatal de Ate Vitarte, Lima, 2021.

### **1.4. Justificación**

Los adolescentes pueden experimentar depresión en forma de humor deprimido, autoestima baja, desesperanza, impotencia, insomnio, cambios de peso, irritabilidad y pensamientos suicidas. Además, enfrentan una serie de factores de riesgo potenciales que pueden amenazar su bienestar social y emocional. Los incrementos en los sentimientos de angustia durante la adolescencia son bastante comunes y, a menudo, se atribuyen a conflictos comunes con los padres y al estrés de administrar la escuela, el trabajo y los amigos, lo que puede agravar una sintomatología depresiva previa.

Los padres y los maestros pueden no ser conscientes de la depresión en los adolescentes y, como resultado, puede no tratarse. Los adolescentes pueden quejarse de querer salir de casa, de no ser entendidos, de sentirse inadecuados y de ser rechazados. Con respecto a la regulación emocional, los maestros y los padres pueden encontrar que los adolescentes experimentan dificultades para articular o expresar sus sentimientos. Además, los adolescentes pueden no tener la oportunidad de expresar sus sentimientos o ser escuchados lo que puede generarles incompreensión. La capacidad de regular efectivamente las emociones propias, durante experiencias estresantes, se ve cada vez más como una base para el bienestar, el rendimiento académico y el ajuste positivo a lo largo de la vida (Eisenberg et al., 2010).

De esta forma, la regulación emocional desempeña un papel central en el procesamiento de la información que subyace a la cognición subyacente (Best et al., 2009). Las habilidades involucradas en la regulación de la emoción, como la capacidad de demorar la gratificación y monitorear la atención, ayudan a facilitar el éxito en la escuela (Rothbart y Sheese, 2007) y sirven como factores de protección contra la aparición de síntomas psicossomáticos y dificultades emocionales y de comportamiento (Gross y Thompson, 2014).

A la inversa, las deficiencias en la regulación emocional representan una característica fundamental de muchos problemas emocionales y de comportamiento en la adolescencia, como la ansiedad, la depresión, la autolesión y el abuso de sustancias (Wolff y Ollendick, 2006). Los trastornos de internalización son fundamentalmente trastornos del afecto y se ven agravados por estrategias de manejo cognitivo afectivo deficiente, como la supresión y la rumiación (Nolen-Hoeksema et al., 2008). En contextos educativos, las deficiencias en la capacidad para modular las emociones también pueden afectar las conductas dirigidas por metas (Blair, 2002) e interferir con el rendimiento relacionado con el logro académico (Elliot et al., 1999).

A pesar de la importancia de la regulación emocional en situaciones de la vida diaria, poco se sabe sobre su desarrollo. Gran parte de la investigación sobre regulación emocional se centra en la infancia y la niñez o en la edad adulta. Sin embargo, la adolescencia, una fase de transición gradual entre ambos periodos del ciclo vital, también es relevante para la regulación de las emociones porque es un período con alteraciones intensas y fluctuantes en aspectos biológicos.

En la actualidad existe un acuerdo generalizado acerca de la necesidad de que la prevención de las conductas problema en los adolescentes esté fundamentada en el conocimiento científico disponible. Este cuerpo de conocimientos permite definir los factores sobre los cuales debe incidir la prevención, con el fin de neutralizarlos o de moderar sus efectos (Hawkins et al., 1992).

Además de que esta investigación tenga una justificación teórica, también cuenta con una relevancia social. Es bien sabido que la adolescencia es un periodo de vulnerabilidad ante los factores sociales, por esto, un conocimiento adecuado de su dinámica puede permitir la creación de programas de intervención. Esto repercutirá en el bienestar psicológico y el adecuado desarrollo de los adolescentes como futuros ciudadanos. Por último, los resultados de la investigación permitirán dar un diagnóstico preciso de la problemática en cuanto a la depresión y la regulación emocional permitiendo la implementación de charlas y talleres en el centro educativo de manera precisa.

## **1.5. Hipótesis**

### ***1.5.1. Hipótesis general***

- H<sub>1</sub>: Existe una relación significativa entre la Regulación Emocional y la Depresión en adolescentes de una Institución Educativa estatal de Ate Vitarte, Lima, 2021.



### ***1.5.2. Hipótesis específicas***

- H<sub>2</sub>: Existe una relación significativa entre la dimensión Conciencia de la Regulación Emocional y la Depresión en adolescentes de una Institución Educativa estatal de Ate Vitarte, Lima, 2021.
- H<sub>3</sub>: Existe una relación significativa entre la dimensión Rechazo de la Regulación emocional y la Depresión en adolescentes de una Institución Educativa estatal de Ate Vitarte, Lima, 2021.
- H<sub>4</sub>: Existe una relación significativa entre la dimensión Estrategias de la Regulación Emocional y la Depresión en adolescentes de una Institución Educativa estatal de Ate Vitarte, Lima, 2021.
- H<sub>5</sub>: Existe una relación significativa entre la dimensión Metas de la Regulación Emocional y la Depresión en adolescentes de una Institución Educativa estatal de Ate Vitarte, Lima, 2021.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Conceptualización de la emoción

La emoción es un fenómeno básico del funcionamiento humano, que normalmente tiene un valor adaptativo que mejora nuestra efectividad en la consecución de nuestros objetivos, en el sentido más amplio. A nivel interindividual, las emociones informan a los demás sobre los estados internos y las intenciones del comportamiento (Frijda, 1986). El intercambio de dicha información entre las personas es esencial para las relaciones humanas, un determinante crucial del bienestar social y psicológico. Además, importantes funciones intraindividuales de las emociones han sido hipotetizadas y demostradas. Un ejemplo de una función importante es obtener una idea de los valores personales, que es un factor motivacional crucial en la toma adecuada de decisiones (Bechara et al., 2000).

Las emociones son generalmente el resultado de la evaluación de los eventos. Dependiendo del resultado de la evaluación, se activa un conjunto coordinado de respuestas que involucran sistemas conductuales y fisiológicos. Sin embargo, en muchos casos, las reacciones emocionales son inconscientes y se producen mediante el procesamiento automático de información sin percepción y experiencia consciente (Killgore y Yurgelun-Todd, 2004). Entonces, el funcionamiento de las emociones primarias es espontáneo, rápido, incontrolado e involuntario. Además, estos procesos activan directamente los efectores que conducen al comportamiento sin mediación de la evaluación cognitiva (Ekman, 1992).

Por lo tanto, las emociones desencadenan tendencias de acción específicas y el apoyo fisiológico necesario, facilitando la expresión de tales emociones (John y Gross, 2004). Un ejemplo bien conocido de este proceso es la reacción de lucha-huida que implica un aumento de la frecuencia cardíaca y la presión sanguínea, la dilatación de los bronquios y un aumento

del flujo sanguíneo a los músculos, preparando al cuerpo para la acción. Por el contrario, el afecto deprimido y el dolor se caracterizan por un patrón de reacción fisiológica bastante diferente, dirigido a la conservación de la energía.

### ***2.1.1. Emociones primarias***

Se supone que las emociones primarias o básicas son una clase especial de emociones a partir de las cuales se componen todas las demás emociones. Según la mayoría de los teóricos, son estados afectivos innatos, universales y distintos que evolucionaron para cumplir funciones adaptativas. Estas emociones son llamadas también, emociones discretas, emociones de primer orden, emociones fundamentales, emociones centrales, emociones de proceso primario, y emociones universales (Piorkowska y Wrobel, 2017).

Aunque la opinión de que algunas emociones son más "básicas" que otras, es ampliamente aceptada por los teóricos de las emociones, hay poco acuerdo sobre qué emociones deben incluirse en la lista de las básicas ya que su número varía según la teoría. La lista más popular fue utilizada por Ekman et al. (1969) en su investigación sobre el reconocimiento universal de la emoción a partir de la expresión facial. La lista incluía felicidad, tristeza, miedo, sorpresa, enojo y asco, que siguen siendo los candidatos más comúnmente aceptados para las emociones básicas.

Con los años, algunos teóricos, incluido Ekman, han acertado o ampliado la lista. Por ejemplo, Plutchnik (1980) agregó aceptación y anticipación. Ekman y Cordaro (2011) agregaron desprecio, y Levenson (2011) agregó interés, alivio y amor. Más recientemente, se han propuesto otros candidatos para las emociones básicas, por ejemplo, amor o celos (Sabini y Silver 2005).

Muchos teóricos emocionales suponen que las emociones básicas evolucionaron para servir a funciones biológicas y sociales cruciales y, por lo tanto, tienen características distintivas de motivación y regulación (Levenson, 2011). Según esta opinión, la emoción básica y los estados de ánimo tienen el poder de motivar y regular de manera única las respuestas conductuales y cognitivas a una amplia gama de desafíos y oportunidades ambientales y sociales. Por ejemplo, el miedo se asocia con acciones y pensamientos destinados a escapar de la fuente de amenaza y maximizar la seguridad, mientras que la ira promueve acciones y pensamientos concentrados en eliminar obstáculos (Izard, 1992).

### ***2.1.2. Emociones secundarias***

Las emociones que no cumplen con los criterios de las emociones básicas se consideran secundarias o "no básicas". Según la mayoría de los teóricos, no pueden caracterizarse por expresiones distintivas o patrones específicos de respuesta fisiológica porque no están preprogramados por la evolución (Levenson, 2011). En contraste con las emociones básicas, las emociones "no básicas" difieren entre los individuos porque se cree que están, en gran medida, moldeados por factores socioculturales. Por ejemplo, la activación de la vergüenza o la culpa está determinada por el desarrollo de capacidades cognitivas asociadas con distinciones personales o comparaciones sociales (Izard, et al., 2011).

Se cree comúnmente que las emociones secundarias están formadas por emociones primarias o básicas. Por ejemplo, según un modelo multidimensional de emociones (Plutchnik 1980), la combinación de miedo y sorpresa produce una mezcla de emoción y asombro, mientras que la mezcla de tristeza y disgusto produce una emoción mixta de remordimiento. Si bien la mayoría de los teóricos coinciden en que las emociones primarias podrían servir como "bloques de construcción" para estados emocionales más complejos (Izard et al., 2011;

Levenson, 2011), los mecanismos involucrados en este proceso aún no se han aclarado por completo.

## **2.2. Emociones en la regulación emocional**

Aunque las emociones difieren en muchos aspectos, la mayoría de las emociones comparten varias características. Las emociones se generan cuando una situación atendida se interpreta como algo central para las metas personales, incluidas las metas personales, sociales y culturales. Las emociones, en la concepción actual, consisten en múltiples componentes que incluyen pensamientos y sentimientos específicos, junto con respuestas conductuales y fisiológicas (Mauss et al., 2005).

Estos cambios multisistémicos pueden caracterizarse describiendo (1) la intensidad o la magnitud de la respuesta; (2) la duración o la cantidad de tiempo que la respuesta está activa; (3) la frecuencia o el número de veces que la respuesta ocurre dentro de un período dado; y (4) el tipo o la categoría de la respuesta (Davidson, 1998).

La investigación psicológica muestra que la emoción, aunque funcional y evolutiva para aumentar nuestras posibilidades de supervivencia, debe regularse para apoyar la salud y el bienestar psicológico o para lograr nuestros objetivos. Por lo tanto, la regulación emocional parece ser un mecanismo que permite hacer frente de mejor manera a las demandas ambientales, por lo que las emociones, que son señales importantes que informan sobre circunstancias externas o estados internos (Jarymowicz, 2001), son de hecho útiles y ventajosos en lugar de perturbadoras y desventajosas.

## **2.3. Conceptualización de la regulación emocional**

La regulación emocional se define como los procesos por los cuales los individuos influyen en las emociones que tienen, cuándo las tienen y cómo experimentan y expresan

dichas emociones. Además, la regulación puede usarse para modular “hacia arriba” o “hacia abajo” la emoción positiva o negativa, o para cambiar de un tipo de respuesta emocional a otra (Gross, 1998). Por su parte Thompson (1994), define a la regulación emocional como los procesos extrínsecos e intrínsecos responsables de monitorear, evaluar y modificar las reacciones emocionales, especialmente sus características de intensidad y duración para lograr objetivos.

Peña, Mikolajczak y Gross (2015) sostienen que regulación emocional se refiere a los procesos por los cuales los individuos modifican la trayectoria de uno o más componentes de una respuesta emocional. La regulación de la emoción puede servir para influir en el tipo (qué emoción tiene), la intensidad (qué tan intensa es la emoción), el curso del tiempo (cuándo comienza la emoción y cuánto dura) y la calidad (cómo se experimenta o expresa la emoción) de la emoción. Dicha regulación puede ser automática o de esfuerzo, consciente o inconsciente. La regulación de las emociones puede ser intrínseca/intrapersonal (que regula las propias emociones) o extrínseca/interpersonal (que regula las emociones de otra persona) (Gross y Jazaieri, 2014).

Aunque las personas generalmente intentan disminuir los aspectos experimentales y/o conductuales de las emociones negativas, las emociones positivas también se regulan negativamente. Este es el caso cuando tratamos de parecer menos felices de lo que somos cuando pasamos un examen difícil en el que un amigo ha reprobado, cuando tratamos de disminuir los sentimientos de atracción por una persona casada cuando tratamos de evitar reírnos en un momento inapropiado (Peña et al., 2015).

Es importante tener en cuenta que la regulación de la emoción no necesariamente implica una baja regulación, es decir, reducir la experiencia o expresión de una emoción. También puede implicar mantener o aumentar las emociones, como cuando mantenemos el

entusiasmo para alcanzar una tarea larga y difícil, aumentar la expresión de tristeza en un funeral o aumentar nuestra experiencia de diversión ante la broma supuestamente divertida de un amigo.

Entonces, los componentes de la regulación de las emociones que debemos considerar incluyen la latencia, el tiempo de aumento, la magnitud, la duración y el desplazamiento de las respuestas en los dominios conductuales, experimentales o fisiológicos (Gross 1998). Este proceso ocurre en un continuo de controlado a automático, de consciente a inconsciente. En este caso, nos enfocamos, además de las experiencias intrapersonales, en el esfuerzo consciente en la regulación emocional.

La mayor parte de la literatura empírica se ha centrado en la regulación de las emociones con el propósito de reducir las emociones negativas, ya que este trabajo proporciona el puente más obvio para la aplicación clínica. Aunque la corregulación de la emoción entre dos personas que interactúan ha sido de interés en la psicología del desarrollo (Evans y Porter, 2009), la gran mayoría de las investigaciones han examinado los procesos y resultados de regulación de emociones intraindividuales. Tomando esto en cuenta, este estudio se centra en la regulación de las emociones intrapersonales.

Por su parte, Eisenberg y Spinrad (2004) postulan que, aunque los factores intrínsecos y extrínsecos juegan un papel en la regulación de las emociones, es ventajoso distinguir entre la regulación externa y la interna. La regulación externa se refiere a fuerzas externas, como padres, maestros y compañeros, que influyen en la regulación de las emociones. Esto puede ser particularmente pertinente en los primeros años de la infancia, cuando la búsqueda de apoyo de los niños en los adultos es una forma primaria de regulación del afecto en el desarrollo (Zimmer-Gembeck y Skinner, 2011). Por el contrario, la regulación interna se refiere a la

autorregulación esforzada, que puede incluir una variedad de estrategias cognitivas y conductuales que un individuo elige implementar para modular su propia respuesta emocional.

Otro aspecto de la regulación emocional está relacionado con la distinción entre control y regulación. La mayoría de los teóricos consideran que la regulación de las emociones es un ordenamiento y ajuste dinámico que va más allá del control del comportamiento emocional. (Cole et al., 1994). El control, en contraste, es visto como la restricción de los procesos emocionales. Por lo tanto, la mayoría está de acuerdo en que la regulación emocional implica más que simplemente detener o reducir la emoción. De hecho, a veces, la regulación emocional implica aumentar la excitación emocional (Fredrickson, 1998). En este sentido, la desregulación de las emociones no es necesariamente solo la falta de control sobre las emociones sino una regulación disfuncional (Cole et al., 1994).

Por otra parte, en un esfuerzo por integrar los diversos aspectos de la regulación emocional postulados por diferentes definiciones, Gratz y Roemer (2004) propusieron una conceptualización multidimensional de la regulación emocional que involucra: (a) conciencia emocional, (b) claridad emocional, (c) aceptación emocional, (d) control de impulsos, (e) capacidad de participar en un comportamiento dirigido a objetivos mientras se experimentan emociones negativas, y (f) capacidad de utilizar estrategias de regulación de emociones apropiadas para la situación de manera flexible para modular las respuestas emocionales según se desee, siendo la desregulación emocional la ausencia de cualquiera de estas habilidades.

#### **2.4. Funcionalidad de la regulación emocional**

Muchos teóricos emocionales suponen que las emociones, sobre todo las emociones básicas, evolucionaron para servir a funciones biológicas y sociales cruciales y, por lo tanto, tienen características distintivas de motivación y regulación (Levenson 2011). Según esta opinión, la emoción básica y los estados de ánimo tienen el poder de motivar y regular de



manera única las respuestas conductuales y cognitivas a una amplia gama de desafíos y oportunidades ambientales y sociales. De modo que las emociones son complejas y dinámicas y pueden ser útiles o perjudiciales, la clave para el funcionamiento emocional óptimo es la regulación adaptativa de las emociones, que se caracteriza por implementar estrategias efectivas contextualmente apropiadas (Gross y John, 2003).

La naturaleza funcional de las emociones, en la conceptualización de la regulación emocional, sugiere que la regulación emocional no es sinónimo de control emocional y, como tal, no implica necesariamente una disminución del afecto negativo inmediato (Thompson, 1994). Desde este enfoque, algunos investigadores han sugerido que la regulación adaptativa de las emociones implica monitorear y evaluar la experiencia emocional además de modificarla, destacando la importancia de la conciencia y la comprensión de las emociones.

El énfasis en la funcionalidad de las emociones es coherente con la teoría y la investigación que destacan los efectos desreguladores y potencialmente paradójicos de los intentos de controlar la experiencia y la expresión emocional (Zeman y Garber, 1996). En este sentido, Hayes et al. (1996) dentro de una teoría con un apoyo empírico creciente, han sugerido que los esfuerzos para evitar experiencias internas (por ejemplo, pensamientos y sentimientos no deseados) subyacen a muchos trastornos psicológicos.

Además, tanto la tendencia general a restringir la expresión emocional para ocultar las propias expresiones emocionales, se ha asociado con un aumento de la excitación fisiológica (Gross y Levenson, 1997), lo que sugiere que los intentos de controlar la expresión emocional pueden aumentar el riesgo de desregulación de la emoción.

## 2.5. Regulación adaptativa de las emociones

Como lo señalaron John y Gross (2004), las emociones son a menudo útiles, pero a veces destructivas. Con referencia a este tema, dos aspectos importantes de las emociones necesitan ser desenredados: la experiencia subjetiva de las emociones en sí misma y, la regulación de estas emociones. Entre otras cosas, un desafío importante es encontrar formas de regular las emociones para que uno conserve sus características útiles mientras limita sus aspectos potencialmente destructivos.

Las cosas que hacemos antes de que una respuesta emocional se active por completo determinan nuestras reacciones fisiológicas y conductuales. La reevaluación cognitiva, o cambiar la forma en que percibimos un evento potencialmente provocador de emociones, es una forma de modificar el impacto emocional de una situación (John y Gross, 2004). Por ejemplo, si uno piensa que otra persona planea hacernos daño, esto puede provocar enojo, si se considera que una situación desagradable es causada por el propio comportamiento, esto probablemente pueda causar remordimiento, vergüenza o culpa. Por último, si se considera que una situación implica peligro, el miedo es un resultado emocional probable, mientras que las experiencias de pérdida generalmente evocan tristeza.

La regulación de la emoción no solo depende de nuestra evaluación del evento que provoca la emoción. Las cosas que hacemos una vez que el proceso de emoción ya está en marcha y las tendencias de respuesta, son de igual importancia (John y Gross, 2004). Por ejemplo, además de la reevaluación cognitiva, la supresión de emociones es otra estrategia de regulación de emociones que se usa comúnmente en la vida cotidiana. La supresión de las emociones es una forma de regulación emocional que implica inhibir conscientemente la expresión continua del comportamiento relacionado con las emociones (Gross y Levenson, 1997).

Los muchos aspectos interpersonales, aparte de la reacción y expresión de emociones del individuo, son también importantes. Por ejemplo, se ha demostrado que llorar provoca soporte emocional ya que puede dar las señales de necesidad de apoyo social, que una vez conseguido, tiene efectos reconfortantes más que el simple hecho de derramar lágrimas (Hendriks y Vingerhoets, 2006).

Además, la dirección causal también puede ser al revés, el uso de la supresión de las emociones hace que los individuos se sientan menos auténticos consigo mismos y, por lo tanto, sean más propensos a experimentar emociones negativas y síntomas depresivos (John y Gross, 2004). La supresión disminuye la expresión conductual de las emociones negativas, pero no su experiencia subjetiva. En los contextos sociales, las personas que suprimen sus emociones, pueden fallar en expresar una respuesta adecuada ante los demás y evitar la interacción interpersonal.

Por ejemplo, los adolescentes que demuestran competencias de regulación emocional adaptativa, tienen más probabilidades de alcanzar sus objetivos y formar fuertes relaciones interpersonales; mientras que los adolescentes con habilidades de regulación de la emoción deterioradas, a menudo manifiestan problemas de comportamiento y tienen menos probabilidades de alcanzar objetivos a corto y largo plazo (Panfile y Laible, 2012). Por último, es importante destacar que los estilos de regulación emocional que apuntan a no expresar emociones, ya sea consciente o inconscientemente, pueden tener un efecto adverso en la salud física (Nyklicek et al., 2002).

## **2.6. Dominios de la regulación de la emoción**

Varios investigadores y teóricos describen diferentes dominios de regulación emocional. Por ejemplo, Menesini y Smorti (1999) proponen tres niveles: (1) Regulación de la sensación (regulación de entrada); (2) procesamiento de la información (regulación central);

(3) selección de respuesta (regulación de salida). Este autor conceptualiza la regulación de las emociones como una secuencia de eventos o procesos, de modo que un problema en cualquier punto de la secuencia resultaría en una falla en la experiencia de la emoción. Sin embargo, otros sugieren que aunque los factores están interrelacionados, ningún factor individual es responsable del fracaso (Panfile y Laible, 2012).

En términos prácticos, podemos aislar varias habilidades o dominios involucrados en la regulación de las emociones, que incluyen: (1) Interpretar las expresiones faciales y corporales de la emoción (procesamiento de información); (2) cuán claramente la persona puede expresar sus propias emociones; (3) cuán consciente es la persona de sus emociones (conocimiento emocional); (4) hasta qué punto la persona comprende sus desencadenantes emocionales y tiene conocimiento de las consecuencias de expresar esa emoción en su cultura respectiva; y (5) la capacidad de manejar la intensidad en la que se siente y expresa una emoción (Shipman et al., 2004),

Por su parte, Thompson (1994), propone distintos dominios para regular la emoción y son descritas a continuación.

- Respuesta neurofisiológica: Por ejemplo, una respuesta somática mediada por el cerebro, como cuando, bajo estrés, el cuerpo libera adrenalina para prepararnos para una acción rápida.
- Procesos atencionales: Por ejemplo, enfocar la atención en un estímulo particular, como cuando uno se enfoca en la línea de meta durante una carrera para evitar experimentar agotamiento.
- Interpretaciones/atribuciones: Por ejemplo, conversar con uno mismo sobre algún suceso para alterar la propia reacción emocional, como atribuir la falta de éxito de un equipo en un juego a la mala suerte.

- Acceso a recursos de afrontamiento: Por ejemplo, poder hablar o interactuar con una persona de confianza.
- Exposición al medio ambiente: Por ejemplo, cuando uno está en un lugar particular que tiene un impacto en las emociones, como una fiesta divertida que mejora el humor.
- Respuestas/comportamiento: Por ejemplo, comportamientos específicos en los que uno se involucra para cambiar sus sentimientos, como cuando elige participar en una actividad segura y placentera para levantar el ánimo.

## **2.7. Desarrollo de la regulación emocional en adolescentes**

Durante la infancia y la adolescencia, la adquisición de habilidades para modular las respuestas emocionales está estrechamente relacionada con la maduración de los sistemas neurofisiológicos y las estructuras biológicas (Cole, 2014). Del mismo modo, ciertas características del contexto en el que los individuos se desarrollan, pueden promover u obstaculizar una adecuada expresión de las emociones en cada niño y adolescente (Lewis y Stieben, 2004).

### ***2.7.1. Influencia neurobiológica***

A nivel biológico, la regulación emocional existe con el objetivo principal de estabilizar fisiológicamente al cuerpo después de la excitación interna causada por las emociones (Thompson et al., 2008). La regulación emocional se logra mediante la sincronización de diferentes sistemas que incluyen: procesos atencionales para enfocarse selectivamente en estímulos ambientales importantes; procesos cognitivos para evaluar situaciones; y procesos motores que preparan al cuerpo para la acción. Dichos procesos reguladores no ocurren en un tiempo específico o en una secuencia temporal distinta, sino que se activan de manera

simultánea y se organizan espontáneamente para integrar percepciones, evaluaciones y coordinar aspectos motores que abordarán una situación particular (Lewis et al., 2006).

Durante las tareas complejas, los humanos experimentan una gran variabilidad emocional que desencadena la excitación interna del cuerpo y se presentan dificultades como la respiración, la atención focalizada y la coordinación motora, irregularidades en el ritmo cardíaco, etc. En tales circunstancias, encontrar respuestas socialmente apropiadas puede ser complicado. Solo la maduración del sistema nervioso permitirá que niños y adultos ejerzan control sobre su comportamiento cuando las necesidades homeostáticas del organismo sean exigentes (Thompson, 1994; Thompson et al., 2008).

Gracias a los avances en neuroimagen, los científicos han podido demostrar cómo fluye la sangre en circuitos distintivos en todo el cerebro cuando el individuo se enfrenta a tareas emocionales relacionadas. Las imágenes muestran un camino que va claramente desde el tronco encefálico hasta la corteza (Steinberg, 2005). Cuando se activan las emociones, el tronco encefálico, el sistema límbico y la corteza están en interacción constante integrando percepciones, interpretando eventos y organizando las respuestas de las áreas descritas a continuación.

- *El tronco encefálico*: esta estructura es responsable de regular las funciones básicas como respirar, dormir, mantener el ritmo cardíaco y la conciencia. El tronco encefálico conecta el cerebro con el resto del cuerpo, conduciendo impulsos motores y sensoriales. En la regulación de las emociones, juega un papel clave al ordenar el comportamiento e integrar diferentes sensaciones relacionadas con la temperatura, el dolor y la picazón, entre otros (Lewis et al., 2007).
- *El sistema límbico* (hipocampo y amígdala): este sistema regula la percepción, la memoria, el aprendizaje y los procesos emocionales. Este sistema permite al individuo construir un

significado interno a partir de la experiencia cotidiana y también juega un papel clave en la selección de estrategias de afrontamiento en situaciones estresantes. La maduración de las conexiones entre el hipocampo y la amígdala facilitan la coordinación entre cogniciones y emociones, sin embargo, si existe una exacerbación en la activación de las conexiones en esta área, los adolescentes se vuelven hiperestimulados negativamente. Como resultado, el adolescente no inicia funciones inhibitorias para regular el estrés o disminuir la intensidad de los estados emocionales, sino que actúa de forma agresiva o impulsiva. Esta podría ser la razón del desajuste emocional de muchos niños y adolescentes (Thompson et al., 2008)

- *La corteza cerebral:* esta estructura está asociada al control de procesos mentales de alto orden como la atención, la memoria y el control voluntario. En cuanto a los procesos de regulación emocional, la corteza prefrontal es responsable de implementar mecanismos para la inhibición del comportamiento impulsivo, para modular la intensidad y la duración de las emociones negativas y para la selección de estrategias de afrontamiento como la reevaluación cognitiva de la situación, la consideración de diferentes puntos de vista, entre otros (Lewis y Stieben, 2004).

Los investigadores en este campo han logrado localizar la maduración completa de estos sistemas neurobiológicos hacia el final de la adolescencia. Los investigadores también explican que es casi al final de la adolescencia que, incluso bajo excitación altamente emocional, las personas demuestran con éxito habilidades sofisticadas de autorregulación que les permiten controlar los impulsos y hacer frente a los estresores de una manera socialmente adecuada (Zimmermann y Iwanski, 2014).

### ***2.7.2. Influencia ambiental***

Los estudios sobre la regulación emocional durante la infancia y la adolescencia enfatizan la gran influencia del contexto sociocultural y especialmente del entorno familiar como factores clave en el desarrollo de las habilidades de regulación emocional (Cole, 2014; Zeman et al., 2006).

Un gran número de estudios ha encontrado que algunos factores contextuales como la pobreza y la violencia tienen un impacto negativo directo en el desarrollo físico y emocional de las personas. Los niños que crecen en la pobreza tienen menos éxito en la escuela, tienen más dificultades de aprendizaje, mayores deficiencias nutricionales y presentan problemas de salud con mayor frecuencia que los niños que no están en desventaja económica (Grant, et, al, 2003).

Junto con la pobreza, un importante cuerpo de investigación también señala los entornos familiares conflictivos y los entornos comunitarios con altos niveles de violencia como obstáculos importantes para el desarrollo de habilidades de regulación emocional en niños y adolescentes (Raver, 2004). Los adolescentes que crecen en entornos de pobreza y violencia encuentran menos oportunidades para el desarrollo social, educativo y personal; tienen más probabilidades de convertirse en víctimas de la violencia callejera, experimentar una mayor inestabilidad residencial, violencia doméstica, abuso de drogas, menos oportunidades educativas y son expuestos permanentemente a modelos de vida negativos.

Los niños y adolescentes que viven en circunstancias como estas tienen posibilidades limitadas de adquirir una rica variedad de habilidades de regulación emocional; al contrario, crecen mostrando déficits en el reconocimiento, la expresión y la comprensión de sus propias emociones y las de los demás (Raver, 2004). Además, tienen dificultades para regular sus



impulsos, mantienen relaciones interpersonales problemáticas y desarrollan trastornos emocionales y de comportamiento a largo plazo (Wadsworth y Compas, 2002).

En contraste, la investigación ha demostrado que las familias con ambientes emocionales cálidos refuerzan la expresión adecuada de afecto y modelan habilidades de afrontamiento emocional asertivo en niños y adolescentes. Del mismo modo, la disponibilidad del entorno para proporcionar una intervención profesional temprana a las dificultades emocionales y de comportamiento, tiene un gran impacto en la capacidad de los adolescentes para aprender a manejar sus impulsos y emociones. El apoyo familiar y los entornos sociales seguros funcionan como factores que protegen contra el inicio de la psicopatología y aseguran el ajuste emocional de los adolescentes a largo plazo, incluso en el caso de circunstancias adversas (Cui et al., 2014).

## **2.8. Desarrollo de procesos regulatorios**

Los seres humanos aprenden a regular sus emociones en un progreso gradual y continuo que comienza desde el nacimiento, con una dependencia total de los cuidadores, hasta el manejo emocional de la edad adulta, cuando los individuos obtienen independencia y responsabilidad en sus propios procesos de manejo emocional (Zeman et al., 2006). Durante la adolescencia (10-19 años), según la OMS, hay varios hitos a ciertas edades que son relevantes para ser discutidos y son presentados a continuación.

### **2.8.1. Entre los 10-13 años**

La brecha de tiempo entre los 10 y 13 años de edad se considera crítica para el desarrollo de habilidades de regulación emocional. La investigación en este campo ha registrado cómo los jóvenes adolescentes pasan mucho tiempo pensando en cómo son percibidos por otros y preocupados por su estado en su grupo social (Silk et al., 2003). También está bien

documentado cómo las circunstancias sociales, específicamente la presencia de sus compañeros, generan altos niveles de estrés y excitación emocional entre los adolescentes jóvenes, y las situaciones que los exponen a la posibilidad de ser evaluados negativamente por sus compañeros causan una disminución considerable en su autorregulación, mostrando poca capacidad, menor asertividad y estrategias limitadas en la toma de decisiones (Garnefski y Kraaij, 2006).

Estudios recientes de neuroimagen en adolescentes entre 10 y 19 años de edad han confirmado que cuando son observados por pares, los adolescentes muestran una activación más débil de las áreas del cerebro asociadas con el control cognitivo y, en cambio, muestran una mayor actividad neuronal en las regiones asociadas con las recompensas, lo que explica que los jóvenes necesitan buscar activamente la aceptación de su grupo social (Brodbeck et al., 2013). El fenómeno de la dificultad reguladora antes de los estímulos sociales también se ha asociado con una mayor ocurrencia en conductas de riesgo como el uso de sustancias y conductas sexuales de riesgo, entre otros.

### ***2.8.2. Entre los 14-16 años***

Hacia los 14 años, el adolescente alcanza un destacado desarrollo de la lógica formal. El proceso de pensamiento presenta cualidades hipotéticas y abstractas que permiten a los adolescentes realizar razonamientos abstractos. A nivel social y emocional, el razonamiento hipotético otorga al individuo acceso a los puntos de vista de los demás, y permite a los adolescentes considerar la posición de los demás y tener en cuenta las consecuencias de las propias acciones al tomar decisiones (Piaget, 1970). En este sentido, una conquista regulatoria entre las edades de 14 y 16 años es el refinamiento de varias estrategias cognitivas, como la toma de perspectiva y la preocupación empática, que implican la regulación del

comportamiento teniendo en cuenta la posición e intereses de los demás involucrados y la consideración de objetivos a largo plazo (Garnefski y Kraaij, 2006; Silvers et al., 2012)

Otro hito importante en las capacidades reguladoras entre 14 y 16 años de edad es que las diferencias de género con respecto a la regulación de las emociones se consolidan. Los estudios han confirmado cómo las mujeres muestran mayores niveles de empatía, perspectiva y una mayor preocupación por el otro que los hombres en el mismo rango de edad (Silvers et al., 2012).

En contraste, los jóvenes de 15 años exhiben un repertorio más reducido de estrategias de regulación emocional. Durante este período, se ha demostrado cómo los hombres muestran una disminución de la preocupación empática por los demás, una menor sensibilidad a las emociones de los demás, menor búsqueda de apoyo social para la regulación de la tristeza y una mayor tendencia a inhibir los estados emocionales de miedo.

Aparentemente, durante este período vital, los varones adolescentes reorganizan sus estrategias reguladoras para presentarlos en su entorno social como si no estuvieran afectados por el miedo o la tristeza (Zimmermann y Iwanski, 2014). Como explicación de este fenómeno, varios estudios han sugerido que durante estas edades se intensifican los procesos de identificación de género. Estos procesos causan comportamientos culturales más estereotipados en los que se alienta a las niñas a mostrar un mayor grado y frecuencia de emociones y comportamientos de preocupación para los demás, mientras que se sugiere que los hombres inhiban todo tipo de emocionalidad (Silvers et al., 2012; Zimmermann e Iwanski, 2014).

## 2.9. Estrategias de regulación emocional

Gran parte de la investigación sobre la regulación de las emociones se ha centrado en delinear las diferentes estrategias de regulación de las emociones que los individuos usan comúnmente (Gross, 2015). Estas estrategias se comparan y contrastan para determinar cuáles están asociadas con resultados emocionales positivos y negativos a corto y largo plazo.

La capacidad de regular efectivamente las emociones es una actividad crítica y común. La investigación ha demostrado que la gran mayoría de la experiencia emocional puede ser regulada (Canli et al, 2009). Hay una variedad de estrategias que pueden emplearse para regular las emociones que incluyen: Reevaluación del evento, modificación de la situación, cambio de enfoque de atención y supresión, entre otras.

Las estrategias de regulación emocional se pueden organizar de acuerdo con el punto del proceso de generación de emociones en el que se aparecen. Conocido como el modelo de proceso de regulación emocional (Gross, 2015), este marco organizacional destaca cinco categorías amplias de estrategias de regulación emocional que pueden agruparse según el momento de la modulación, y son descritos a continuación.

- *Regulación centrada en los antecedentes.* Este tipo de regulación ocurre en una etapa temprana de la modulación de la respuesta emocional y antes de la activación de los sistemas de respuesta emocional y conductual. La regulación centrada en el antecedente comprende las siguientes estrategias de regulación emocional: (1) seleccionar la situación (por ejemplo, acercarse o evitar a las personas o situaciones de acuerdo con su impacto emocional anticipado), (2) modificar la situación (por ejemplo, transformar el entorno para alterar su impacto emocional), (3) despliegue de la atención (por ejemplo, enfocar la atención hacia dentro o hacia afuera de las circunstancias situacionales dependiendo de su

potencia emocional), y (4) cambio cognitivo (por ejemplo, reinterpretar la situación para alterar su significado emocional).

- *Regulación centrada en la respuesta.* Este tipo de estrategias se llevan a cabo en una etapa posterior y se centran en la modificación de la expresión emocional. En otras palabras, la regulación centrada en la respuesta se refiere a modificaciones de los signos fisiológicos y observables de las emociones después de que tales emociones ya se hayan manifestado. La regulación centrada en la respuesta comprende los siguientes tipos de respuesta reguladora: (1) supresión de la emoción, (2) inhibición de la emoción, (3) enmascaramiento de la emoción e (4) intensificación de la emoción.

## **2.10. Teorías de la regulación emocional**

Las teorías sobre la regulación de las emociones han evolucionado a partir de las tradiciones psicoanalíticas, modelos de estrés y afrontamiento, que abarcan muchas subdisciplinas de la psicología, incluida la psicología del desarrollo, la personalidad y la psicología social (Ekman, 1992; Gross, 1998). Muchas de estas teorías resaltan el intercambio entre los procesos cognitivos y las emociones con respecto a cómo uno hace frente a su entorno (Lazarus y Folkman, 1984).

Frijda (1993) presenta un modelo que considera la evaluación como un antecedente y una consecuencia de la experiencia emocional cotidiana que potencialmente puede cumplir una función adaptativa. Partiendo de esto, Lewis (1995) propone un modelo en el que hay retroalimentación entre los elementos cognitivos y emocionales, produciendo evaluaciones que no preceden ni siguen las emociones. Más bien, estos elementos cognitivos y emocionales surgen junto con la emoción en el proceso de autoorganización. Ambos modelos examinan el intercambio entre los procesos cognitivos (es decir, la evaluación) y las emociones en la regulación del afecto, que a su vez puede afectar potencialmente el bienestar psicológico.

Más específico para los procesos de regulación emocional en psicopatología, Eysenck (1992) propone un modelo cognitivo de ansiedad por rasgos y su regulación, sugiriendo que las personas con un estilo de afrontamiento represivo tienden a regular las emociones negativas al interpretar los estímulos ambientales, las respuestas fisiológicas y el comportamiento con cogniciones de una manera que reduce la amenaza. Si bien la represión puede ser adaptativa para regular la experiencia de la ansiedad, también puede tener consecuencias negativas porque este estilo de afrontamiento también se asocia con altos niveles de defensa y sesgos cognitivos (Eysenck, 2000).

En línea con esto, Gross presenta un modelo de proceso de regulación emocional (Gross, 1998) que se desarrolló a partir del trabajo de varios teóricos clave de la emoción como Ekman (1972). Se centra en el papel de la evaluación de los eventos externos e internos que luego resultan en emociones (Gross, 1998). Este modelo se basa en trabajos previos al diferenciar aún más varios aspectos del proceso de regulación de las emociones, como la capacidad de un individuo para regular las emociones, es decir, la capacidad de uno para tolerar y experimentar emociones, la frecuencia con la que ocurren los procesos de regulación de las emociones y cómo las estrategias reguladoras de la emoción impactan la efectividad de la estrategia.

### **2.11. Habilidades de regulación emocional**

Las estrategias de regulación emocional son fáciles de poner en práctica y aparentemente fáciles de instruir y evaluar en entornos experimentales (Gratz et al., 2015). Centrarse exclusivamente en las acciones específicas que las personas llevan a cabo para regular las emociones puede conducir a una visión simplista del fenómeno y a una utilidad clínica reducida. También puede ser de interés evaluar las capacidades de mayor alcance que pueden afectar el manejo de las emociones de manera importante.

Las habilidades generales de regulación emocional se han sugerido como procesos complementarios que probablemente influyan en la selección y la implementación exitosa de estrategias de regulación emocional (Tull y Aldao, 2015). Por su parte, Gratz y Roemer (2004) proponen dicho marco para las habilidades generales de regulación emocional que consisten en la conciencia emocional y la claridad, y la capacidad de tolerar las emociones.

En este sentido, un concepto muy relacionado a la conciencia emocional y la claridad, es la atención plena o *mindfulness*. Shapiro et al. (2006) sostienen que esta perspectiva, de notar y aceptar las emociones a lo largo del tiempo, produce una mayor experiencia de las emociones (es decir, menos evitación de las emociones), mayor tolerancia de los estados emocionales, mayor complejidad de las representaciones emocionales (por ejemplo, diferenciación de las emociones) y menos reactividad a las emociones (es decir, menor probabilidad de respuestas impulsivas a las emociones).

Varios autores (ej. Koole, 2009; Gratz y Roemer, 2004) han explicado los fundamentos teóricos de la importancia de las habilidades generales de regulación emocional. Los estudios empíricos indican que las habilidades generales de regulación emocional que incluyen la claridad emocional, la conciencia y la tolerancia están negativamente asociadas con el desarrollo de la psicopatología y el uso de estrategias de regulación emocional desadaptativas. En conjunto, hay razones para considerar las habilidades generales de regulación de las emociones como un factor que contribuye al desarrollo y mantenimiento de la depresión.

Se acumula evidencia de que los altos niveles de habilidad de atención plena están vinculados a estados emocionales más positivos y menos negativos, así como a estados emocionales menos variables. Además, la atención plena parece reducir la reactividad a los estímulos y eventos emocionales. Por lo tanto, los estudios sugieren que la atención plena juega un papel importante en la regulación efectiva de las emociones

Este paradigma también se ha utilizado como una medida de diferencia individual para evaluar cómo la capacidad de implementar estrategias de regulación emocional se asocia con la edad (Kunzmann et al., 2005), memoria de trabajo y función ejecutiva. Además, un estudio empleó esta conceptualización para evaluar la flexibilidad de las personas al usar diferentes estrategias de regulación de emociones dependiendo de la situación, mostrando que la flexibilidad está asociada con una angustia menor después de un evento traumático (Bonanno et al., 2004).

Dado el alto uso de estrategias de regulación de las emociones desadaptativas, y la interconexión entre el uso habitual de la estrategia y las habilidades generales de regulación de las emociones (Tull y Aldao, 2015), las personas actualmente deprimidas podrían tener dificultades en la conciencia emocional, la claridad y la tolerancia. Las deficiencias en la conciencia emocional y la claridad pueden conducir a dificultades en la identificación de un sentimiento y el fracaso de la regulación de las emociones (Gross, 2015). Estudios anteriores han encontrado que la conciencia emocional y la claridad (es decir alexitimia) se asocia con síntomas de depresión (Honkalampi et al., 2000).

En comparación con los individuos sanos, las personas actualmente deprimidas informan que tienen una conciencia emocional limitada (Donges et al., 2005), poca claridad de los sentimientos negativos (Thompson et al., 2015) y más alexitimia. Finalmente, la tolerancia emocional limitada, es decir, ser fácilmente abrumado por las emociones, puede conducir a un mayor uso de estrategias de regulación de emociones desadaptativas para evitar o suprimir las emociones.



## **2.12. Dimensiones de la regulación emocional**

### ***2.12.1. Conciencia***

La conciencia, desde el punto de vista de las emociones, es la toma de conciencia de la experiencia subjetiva de una emoción (Mestre y Guil, 2012). La experiencia subjetiva de ocurrencia de la emoción permite al sujeto etiquetar la emoción que experimenta directamente de la evaluación o valoración previa de los indicios fisiológicos percibidos.

En el caso de que el estímulo, la percepción o la valoración de la respuesta fisiológica no alcancen el umbral de la conciencia, la persona no podrá ser capaz de localizar e identificar la cualidad emocional de los cambios o alteraciones internas. Sin embargo, si bien la experiencia subjetiva de la emoción es necesaria para la toma de conciencia, no es imprescindible para que ocurra el proceso emocional.

Por otro lado, Venter (1998) describe la conciencia emocional como el nivel de funcionamiento emocional del individuo, ya que cuanto mayor sea el nivel de conciencia emocional del individuo, mayor será su nivel de funcionamiento. Un nivel óptimo de conciencia emocional dará como resultado la madurez emocional, lo que implica la capacidad de controlar las propias emociones, así como las emociones de los demás.

Para lograr esta madurez emocional y aplicar una estrategia específica para regular la emoción, la persona debe ser consciente de la emoción y ser capaz de comprender lo que comunica la emoción (Sheppes et al., 2015). Además, sentirse abrumado fácilmente por las emociones puede dificultar el uso de estrategias de regulación emocional efectivas y adaptativas, y conducir a un uso más rígido de estrategias de regulación de emociones desadaptativas como la evitación (Tull y Aldao, 2015).

La habilidad de toma de consciencia puede ser aprendida, Deutschendorf (2009) sostiene que ser conscientes de nuestras emociones también depende de lo que nos han enseñado a hacer con ellas. Si una persona es educada para creer que las emociones son malas y necesitan ser ocultadas en todo momento, es posible que esta persona tenga problemas para acceder a ellas.

Cabe destacar una distinción entre consciencia y atención, la consciencia es más como un sistema de rastreo, que supervisa los sucesos internos y externos de un individuo. La atención, por otro lado, es el mecanismo de enfocarse en un estímulo particular presente en la consciencia (Westen, 1999). Por lo tanto, un individuo puede ser consciente de un conjunto de estímulos, pero es la atención la que dirige a una experiencia específica dentro del terreno de la consciencia.

### **2.12.2. Rechazo**

El rechazo de las emociones es básicamente la no aceptación de las respuestas emocionales (Gratz y Roemer, 2004). El rechazo es una experiencia cognitiva, generalmente de emociones consideradas negativas, donde las personas juzgan estas emociones como inaceptables o "malas", mientras luchan con esas experiencias y se esfuerzan por alterarlas.

Un constructo muy cercano es el de la evitación experiencial, que es considerado un proceso de regulación de las emociones que implica intentos por suprimir, evitar, controlar o regular de manera negativa las emociones, pensamientos, recuerdos o sensaciones corporales desagradables (Hayes et al., 1996).

De forma contraria, la aceptación experiencial se conceptualiza como la voluntad de permanecer en contacto con experiencias aversivas sin juzgarlas, incluidas las emociones negativas. La aceptación cae en un continuo con la evitación experiencial, con niveles más altos de evitación experiencial que reflejan una menor disposición a experimentar emociones

negativas. Por lo tanto, "baja aceptación" se considera sinónimo de evitación experiencial (Block-Lerner et al., 2009).

Sin embargo, cabe destacar que el rechazo o la no aceptación de las emociones no pueden ser usados como sinónimos, el rechazo es un juicio de valor sobre la experiencia de las emociones, mientras que la supresión es un acto que se toma para controlar la expresión de la emoción. Es posible aceptar las propias emociones, pero elegir suprimir su expresión por otras razones, por ejemplo, deseabilidad social. Además, se puede suponer teóricamente que la supresión tiene resultados positivos en algunos contextos mientras que la no aceptación solo se ha asociado con resultados negativos (Butler et al., 2003).

Las personas que tienden a aceptar sus experiencias emocionales pueden alcanzar una mayor salud psicológica porque la aceptación les ayuda a experimentar menos emociones negativas en respuesta a los factores estresantes. A primera vista, puede parecer paradójico que las personas que aceptan sus experiencias mentales negativas sientan menos emociones negativas. Sin embargo, tanto la teoría como los hallazgos preliminares sugieren que la aceptación implica ayudar a las personas a no reaccionar a sus propias emociones y pensamientos, lo que a su vez ayuda a atenuar esas experiencias mentales y les permite difundirse más rápidamente (Campbell-Sills et al., 2006).

### ***2.12.3. Estrategias***

Las estrategias de regulación emocional son formas específicas con las que el individuo modifica su experiencia emocional que pueden ser esfuerzos cognitivos, emocionales o conductuales. Dentro de la conceptualización de la regulación emocional, existen diversas estrategias que han recibido mayor atención de los investigadores debido a su relación con resultados y conductas adaptativas o desadaptativas.

- *Supresión:* Gross (2002) sostiene que la supresión se da en la represión o control de la expresión de las emociones. Sin embargo, otros investigadores definen la supresión de la emoción como un intento de reducir cualquiera de los tres componentes conductuales, subjetivos o fisiológicos de la respuesta emocional después de su iniciación.
- *Reevaluación cognitiva:* Es una forma de estrategia en que las personas intentan interpretar cognitivamente una situación que provoca emociones de una manera que cambia su impacto emocional (Gross y John, 2004). La reevaluación cognitiva disminuye tanto la expresión fisiológica como la experiencial de las emociones negativas en oposición a la estrategia de supresión emocional.
- *Rumiación:* La rumiación se define como un patrón de respuesta a la angustia en el que un individuo piensa pasiva y perseverantemente en sus síntomas molestos y las causas y consecuencias de esos síntomas, mientras no inicia la resolución activa del problema que podría alterar la causa de esa angustia (Nolen-Hoeksema et al., 2008).
- *Mindfulness:* La atención plena o mindfulness es un estado de conciencia originado en las filosofías y religiones orientales que se centra en la práctica de dirigir la atención hacia el momento presente mientras se adopta una perspectiva sin prejuicios hacia las experiencias (Kabat-Zinn, 1990).
- *Evitación experiencial:* La evitación experiencial es un proceso de regulación de las emociones que implica intentos por suprimir, evitar, controlar o regular de manera negativa las emociones, pensamientos, recuerdos o sensaciones corporales desagradables (Hayes et al., 1996).
- *Aceptación:* La aceptación implica involucrarse activa y conscientemente con aquellos eventos privados ocasionados por la propia historia sin intentos innecesarios por cambiar su frecuencia o forma, especialmente cuando hacerlo causaría daño psicológico (Hayes et

al., 2006) Es especialmente útil en situaciones que no se pueden modificar o reevaluar fácilmente.

Un individuo también puede tener un acceso limitado a estrategias de regulación emocional percibidas como efectivas. Esto refleja la incapacidad del sujeto para enfrentarse a sus problemas debido a una percepción sobre la falta de control sobre sí mismo, a considerarlos irresolubles, teniendo problemas como “no tengo forma de afrontar la situación”. Se puede considerar una renuncia ante los problemas, o desconexión conductual. Esta falta de afrontamiento, a largo plazo, se asocia con síntomas depresivos y somáticos.

#### **2.12.4. Metas**

Las metas, dentro de la conceptualización de la regulación de emociones, son objetivos propios tanto a corto como a largo plazo. El tema de las metas en un tema tratado ya que existen personas a quienes el dolor y emocional les resulta más intenso y les afecta con más frecuencia que al resto de la gente y tienen más dificultades en realizar conductas dirigidas a metas cuando se está alterado (Gratz y Roemer, 2004). Muchas veces, parece que esas situaciones no van a acabar nunca y la gente que las experimenta no sabe cómo enfrentarse a la gravedad de su dolor.

La gente que lucha con emociones arrolladoras suele hacer frente a su dolor de formas muy insanas y muy poco efectivas porque no sabe qué otra cosa puede hacer. Cuando una persona está sufriendo emocionalmente le es difícil ser racional y pensar en solucionar la situación siguiendo objetivos (McKay et al., 2020). Muchas de las estrategias de afrontamiento utilizadas por la gente con emociones arrolladoras solo sirven para agravar el problema.

Un constructo relacionado a la regulación emocional, que tiene con las metas, es el de la autorregulación, que se refiere a la medida en que las personas influyen, modifican o

controlan su propio comportamiento, incluidos los pensamientos, sentimientos y emociones, de acuerdo con objetivos o estándares (Freund y Hennecke, 2015).

La autorregulación, a diferencia de la regulación de la emoción, realiza sus esfuerzos hacia conductas dirigidas al logro de ciertas metas u objetivos. Estos objetivos son un concepto clave en los modelos de autorregulación, ya que dirigen y guían la cognición y el comportamiento a lo largo del tiempo y a través de situaciones y, por lo tanto, ayudan a organizar y estructurar la percepción, el pensamiento y el comportamiento en unidades de acción significativas.

### **2.13. Constructos relacionados a regulación emocional**

Por sí sola, la frase regulación emocional es crucialmente ambigua, ya que podría referirse igualmente bien a cómo las emociones regulan algo más, como los pensamientos, la fisiología o el comportamiento (regulación por emociones) o cómo las emociones están reguladas (regulación emocional, o regulación de las emociones). Sin embargo, se prefiere utilizar la segunda conceptualización en el que la regulación de las emociones se refiere al conjunto heterogéneo de procesos por los cuales las emociones se regulan (Levenson, 2001).

Paralelamente también existen distinciones con constructos que involucran el afecto. La regulación de las emociones se encuentra subordinada a un constructo más amplio de la regulación del afecto. Bajo este amplio encabezado se incluyen toda clase de esfuerzos para influir en las respuestas. Según Gross (2014), la regulación del afecto incluye (entre otras cosas) estos constructos superpuestos: (1) afrontamiento, (2) regulación del estado de ánimo y (3) defensas psicológicas. Debido a que prácticamente todos los comportamientos dirigidos a objetivos pueden interpretarse como maximizar el placer o minimizar el dolor y, por lo tanto, afecta la regulación en un sentido amplio, es necesario delimitar la conceptualización del término en este estudio.

Primeramente, el afrontamiento se distingue de la regulación emocional tanto por su enfoque predominante en la disminución del afecto negativo, como por su énfasis en períodos de tiempo mucho más largos (por ejemplo, lidiar con el duelo). Por su parte, los estados de ánimo suelen ser de mayor duración y es menos probable que impliquen respuestas muy específicas a diferencia de la regulación de emociones (Parkinson et al., 1996). Al igual que el afrontamiento, las defensas psicológicas generalmente tienen como foco la regulación de los impulsos agresivos o sexuales y su experiencia de emociones negativas asociadas, particularmente la ansiedad. Las defensas generalmente son inconscientes y automáticas y generalmente se estudian como diferencias individuales estables (Cramer, 2000).

Por otro lado, también existe la regulación cognitiva de las emociones se entiende como los pensamientos de un individuo después de haber experimentado un evento negativo (Garnefski y Kraaij, 2006) y es distinta de constructos relacionados, como el afrontamiento, que se refiere a procesos que ocurren durante períodos de tiempo más largos y otros tipos de estrategias de regulación emocional, como las conductuales, que están relacionadas con acciones específicas, en lugar de enfocarse estrictamente en el uso específico de la cognición en la regulación emocional.

De manera particular, la regulación emocional también tiene similitudes con el constructo de la inteligencia emocional. En este sentido, la tradición de la inteligencia emocional está orientada a los resultados más que a los procesos, dado que busca capturar el resultado de la regulación de las emociones. Se dice que los individuos muestran una regulación emocional inteligente si pueden usar la regulación emocional de una manera flexible y de manera consistente con sus objetivos y, por lo tanto, adaptativa (Mayer y Salovey, 1995). Dicho de otra manera, los individuos emocionalmente inteligentes son aquellos que revisan cuidadosamente el contexto antes de decidir si deben regular sus emociones y cómo hacerlo.

## 2.14. Regulación emocional según género

Las percepciones de las diferencias de género en la respuesta emocional constituyen uno de los estereotipos de género más sólidos que existen (Fabes y Martin, 1991). De hecho, la creencia de que las mujeres son más emocionales que los hombres ha sido etiquetada como un estereotipo marcado (Shields, 2003). Hombres y mujeres, individuos mayores y más jóvenes, así como individuos de diversos orígenes culturales, creen que las mujeres son más emocionales que los hombres (Hess et al., 2000).

Si bien esta creencia es particularmente pronunciada en cuanto la expresión conductual de la emoción se refiere aplica a través de diferentes componentes emocionales, incluido la intensidad de la experiencia emocional. Con la excepción de la ira y posiblemente el orgullo, esta creencia se generaliza a través de una gama de emociones discretas positivas y negativas como la felicidad, el miedo, el asco y la tristeza. Por lo tanto, la creencia de que las mujeres son más emocionales que los hombres está fuertemente arraigada y generalizada en los individuos, en los dominios de respuesta emocional y en las diferentes emociones (Plant et al., 2000).

Los estudios empíricos de las diferencias de género en la emoción han producido resultados mucho menos consistentes de lo que cabría esperar según las convicciones populares. De acuerdo con las creencias populares, existe cierta evidencia de que, en el dominio de la expresión emocional, las mujeres muestran más emoción que los hombres (Brody, 1997). Sin embargo, los informes de emoción medidos en otros dominios, a través del autoinforme no son directos. Solo algunos estudios de experiencias emocionales autoinformadas indican que las mujeres pueden ser más sensibles emocionalmente que los hombres.

Una limitación de estos estudios es que la mayoría se ha basado en métodos de autoinforme, que los dejan vulnerables a los efectos de los estereotipos de género porque les



piden a las personas que informen sus experiencias de forma retrospectiva. Cuando se eliminan los sesgos retrospectivos y estereotípicos de estos informes, las diferencias de género en la respuesta emocional tienden a desaparecer (Grossman y Wood, 1993).

Los estudios que utilizan respuestas fisiológicas a los estímulos emocionales, que se cree que están menos sujetos a los sesgos asociados con el autoinforme, ofrecen la posibilidad de aclarar estos resultados mixtos. Los estudios de esta naturaleza solo a veces apoyan la noción de que también las mujeres son emocionalmente más reactivas que los hombres en términos de reactividad psicofisiológica.

De acuerdo con estos puntos de vista sobre la vida emocional de las mujeres y los hombres, algunas teorías de roles de género sugieren que las mujeres usan respuestas pasivas más centradas internamente a sus emociones, como la rumiación, mientras que los hombres tienen más probabilidades de participar en la represión o la evitación, incluido recurrir a sustancias psicoactivas para evitar la emoción (Tamres et al., 2002). Debido a que el rol de género de los hombres es ser más activo también están más propensos que las mujeres a involucrarse en la resolución de problemas y la reevaluación como intentos de controlar o cambiar las situaciones que creen que impulsan sus emociones.

En cuanto a las estrategias de regulación emocional, se han encontrado diferencias de género más consistentemente en la rumia. Un metanálisis realizado por Tamres et al. (2002) encontró que las mujeres obtuvieron puntuaciones significativamente más altas que los hombres en las medidas de autoinforme de la tendencia a rumiar cuando están angustiadas. Sin embargo, las mujeres también eran más propensas que los hombres a informar que utilizan la reevaluación y el afrontamiento centrado en el problema, lo que no se esperaba en base a las teorías de rol de género.

## 2.15. Evaluación de la regulación emocional

En términos generales, los teóricos de las emociones han definido la regulación emocional como un conjunto de procesos dirigidos a objetivos diseñados para prevenir, regular, mejorar, mantener o atenuar las emociones positivas y negativas (Gross 1998). A pesar de esta definición inclusiva, la mayoría de las medidas de regulación emocional se centran casi exclusivamente en evaluar los métodos para amortiguar las emociones negativas.

También es operacionalizada principalmente en términos de expectativas o tipos específicos de estrategias para la regulación de las emociones. Por ejemplo, la regulación emocional se ha medido en términos de eficiencia para la reducción del estado de ánimo y para las creencias metacognitivas sobre el cambio de las emociones negativas. Las escalas con mayor soporte psicométrico y se usan comúnmente empleadas para evaluar la regulación emocional son las siguientes.

- *Test de Inteligencia Emocional de Mayer-Salovey-Caruso:* Esta escala le pide a los encuestados que evalúen la efectividad de una variedad de estrategias para manejar las emociones en diferentes escenarios. Las respuestas se comparan con los proporcionados por investigadores expertos en el campo.
- *Cuestionario de Regulación Emocional:* El cuestionario de regulación emocional mide el uso habitual de la supresión expresiva y la reevaluación cognitiva. La escala incluye ítems relacionados con la regulación de las emociones positivas y negativas.
- *La Escala de Expresividad Emocional:* Esta escala de 17 ítems mide la expresión y la inhibición de las emociones. Se hace hincapié en la medida en que los encuestados suprimen sus emociones durante la interacción social.

- *Escala de Dificultades de Regulación Emocional (DERS)*: Es un breve cuestionario de autoinforme de 36 ítems diseñado para evaluar múltiples aspectos de la desregulación emocional. Los puntajes más altos sugieren mayores problemas con la regulación de las emociones.
- *Escala de Reactividad Emocional (ERS)*: La escala de reactividad emocional (ERS) es una medida de autoinforme de 21 ítems sobre la sensibilidad emocional, intensidad y persistencia.

## **2.16. Regulación emocional y psicopatología**

A lo largo de los años, distintos modelos teóricos han resaltado diferentes estrategias específicas como adaptativas o desadaptativas (Aldao et al., 2010). Varias teorías sugieren que la psicopatología puede ser el resultado de la incapacidad para regular las emociones negativas a través de estrategias como la reevaluación, la aceptación, la resolución de problemas o la redistribución atencional.

La reevaluación implica encontrar atribuciones o interpretaciones benignas o positivas de un evento para prevenir o reducir el estado de ánimo negativo sobre tal suceso (Gross, 1998). La aceptación implica reconocer las propias emociones sin juzgarlas (Hayes, et al. 1996). La resolución de problemas implica intentos activos para superar o prevenir un problema. La redistribución atencional implica desviar la atención hacia estímulos positivos o benignos para cambiar el estado de ánimo (por ejemplo, desviar la mirada de una escena aterradora (Eisenberg et al., 2007)).

Por el contrario, una causa importante de muchos patrones problemáticos de intensidad, duración, frecuencia o tipo de emoción, aunque de ninguna manera es la única causa, es la desregulación de la emoción. La desregulación de la emoción puede considerarse un término

general, de modo que la desregulación de la emoción puede deberse a fallas en la regulación de la emoción (es decir, no comprometer la regulación cuando sería útil hacerlo) o una mala regulación de la emoción (es decir, usar una forma de regulación de las emociones que no coincide con la situación (Gross, 2013).

Por otro lado, un número acumulado de estudios ha demostrado una asociación significativa entre las estrategias de regulación emocional, principalmente la supresión emocional y la psicopatología, de igual manera con resultados sociales y de salud negativos (Butler et al., 2007). Por ejemplo, la ansiedad, el estrés y la depresión se han relacionado con dificultades en la regulación de las emociones. Los estudios también muestran que una mala regulación de las emociones predice problemas de alimentación y abuso de alcohol. Además, la dificultad en la regulación de las emociones es un factor de riesgo para psicopatologías como la fobia social, el trastorno depresivo mayor y el trastorno bipolar (Rottenberg et al., 2005). En un metaanálisis reciente, Aldao et al. (2010) documentaron que las estrategias de regulación de las emociones desadaptativas, como la evitación y la supresión, estaban asociadas con la psicopatología, mientras que las estrategias adaptativas, como la reevaluación y la aceptación, se asociaron con menos psicopatología.

Estos resultados se encontraron tanto en muestras comunitarias como en comparaciones de muestras clínicas con no clínicas, con efectos más grandes encontrados en estudios que incluyen muestras clínicas (Leu et al., 2011). Por lo tanto, existe evidencia sustancial de que las dificultades en la regulación de las emociones, en particular las tendencias a usar la rumia, la evitación o la supresión y las fallas en el uso de la resolución de problemas, están asociadas con la psicopatología, particularmente la depresión y la ansiedad. Sin embargo, la mayoría de estos estudios se han realizado en países occidentales que enfatizan valores culturales independientes. Se han planteado preguntas sobre si esta conclusión es universal.

## 2.17. Regulación emocional y depresión

Debido a la marcada presencia de humor deprimido y anhedonia en la depresión, una hipótesis es que las personas deprimidas utilizan estrategias de regulación emocional ineficaces y no implementan estrategias efectivas. Como resultado, las personas con depresión tienen dificultades para reducir el estado de ánimo deprimido o la tristeza (Joormann y Vanderlind, 2014). Quizás la estrategia de regulación emocional desadaptativa más estudiada para las personas con depresión es la rumiación. La rumia autoinformada se asocia con síntomas de depresión (Aldao et al., 2010), y las personas con depresión actual y pasada parecen utilizar esta estrategia más que los sujetos que no presentan depresión (Liu y Thompson, 2017).

La rumia aumenta la valencia y la duración del estado de ánimo deprimido, y hace que las personas sean vulnerables a la aparición de episodios depresivos y en su recaída (Nolen-Hoeksema et al., 2008). También se ha demostrado que la rumiación afecta a funciones ejecutivas como la memoria de trabajo, la atención y el control cognitivo. A pesar de que la rumiación se asocia con resultados negativos, los individuos con depresión actual o en remisión informan creencias positivas sobre la utilidad de la estrategia (Donaldson et al., 2007).

Otra estrategia desadaptativa que se ha asociado con la depresión es la supresión. Los estudios individuales indican que las personas con depresión suprimen en mayor medida las emociones positivas y negativas (Campbell-Sills et al., 2006) que los sujetos sanos. Además, el uso habitual autoinformado de supresión se asocia con síntomas de depresión (Aldao et al., 2010) y con un aumento de la rumia. Por lo tanto, la falta de disposición para experimentar reacciones emocionales puede aumentar la intensidad y la duración de la respuesta tanto en el dominio de la experiencia como en el del comportamiento, además de aumentar el uso de otras estrategias de regulación emocional desadaptativas.

Finalmente, también se ha sugerido que la evitación es una estrategia de regulación de la emoción desadaptativa asociada con la depresión. Aunque la evitación y la supresión pueden ser constructos relacionados, difieren con respecto al modelo de proceso de Gross (1998), ya que la evitación se considera una estrategia de regulación emocional centrada en el antecedente (es decir, evitar estímulos o situaciones específicas antes de que produzcan reacciones emocionales), mientras que la supresión se considera una estrategia de regulación de la emoción centrada en la respuesta que tiene lugar después de que la reacción emocional ha comenzado a desarrollarse. Los estudios muestran que las personas con depresión informan evitar más experiencias emocionales que los sujetos que nunca se han deprimido y que evitar las experiencias emocionales se asocia con síntomas de depresión (Aldao et al., 2010).

Aunque las estrategias de regulación de las emociones desadaptativas son más predictivas de la psicopatología general. También hay evidencia empírica de que las personas diagnosticadas con trastorno depresivo mayor utilizan estrategias de regulación de las emociones adaptativas en menor medida en comparación con los controles sanos. En un estudio metaanalítico anterior, la resolución de problemas autoinformada y la reevaluación se asociaron negativamente con los síntomas de depresión (Aldao et al., 2010).

Una revisión reciente mostró que las personas actualmente deprimidas informan menos uso de la reevaluación. Una revisión reciente mostró que las personas actualmente deprimidas informan menor uso de la reevaluación y aceptación de las emociones en comparación con sujetos saludables. Además, los estudios muestran que las estrategias de regulación de las emociones desadaptativas pueden afectar el uso de las adaptativas. Por ejemplo, Liu y Thompson (2017), encontraron que la rumiación distorsión y afecta negativamente la resolución de problemas en individuos deprimidos.

Recientemente, se ha sugerido la autocompasión como una estrategia importante de regulación de las emociones que es particularmente efectiva cuando se trata de un estado de ánimo deprimido (Diedrich et al., 2014). Los estudios sugieren que la autocompasión autoinformada se asocia negativamente con los síntomas de depresión (MacBeth y Gumley, 2012), y que la autocompasión puede ser un factor protector para el desarrollo de nuevos episodios de depresión.

## **2.18. Conceptualización de la depresión**

En su forma leve, la depresión es el trastorno psicológico más común entre los adolescentes (Graber y Sontag, 2009). Aunque generalmente asociamos la depresión con sentimientos de tristeza, existen otros síntomas que son signos importantes de la alteración, y la tristeza sola, sin ningún otro síntoma, puede no indicar depresión en el sentido clínico del término. La depresión tiene síntomas emocionales, que incluyen desánimo, disminución del disfrute de actividades placenteras y baja autoestima. Tiene síntomas cognitivos, como pesimismo y desesperanza. Tiene síntomas motivacionales, como apatía y aburrimiento.

Finalmente, se observan síntomas físicos, como pérdida del apetito, dificultad para dormir y pérdida de energía. Los síntomas de la depresión mayor son los mismos en la adolescencia que en la edad adulta y entre hombres y mujeres, aunque existen grandes diferencias de sexo en la prevalencia de la enfermedad (Lewinsohn et al., 2003).

Muchas personas usan el término depresión de forma imprecisa para referirse a una amplia gama de problemas afectivos. Los psicólogos creen que es importante distinguir entre el estado de ánimo deprimido (sentirse triste), los síndromes depresivos (que tienen múltiples síntomas de depresión) y el trastorno depresivo (que tienen suficientes síntomas para ser diagnosticados con la enfermedad) (Graber y Sontag, 2009).

En este sentido, Vallejo (2015) indica que el término depresión se usa de tres maneras distintas: síntomas, síndrome y enfermedad. Como síntoma, puede acompañar a otros trastornos psicológicos, como los trastornos de ansiedad; como síndrome, agrupa procesos caracterizados por tristeza, inhibición, culpa, discapacidad y pérdida del impulso vital; y como enfermedad, se describe como un trastorno de origen biológico que tiene una etiología, una clínica, un curso, y un pronóstico en el que puede establecerse un tratamiento específico.

Según una encuesta a gran escala, el 30% de todos los estudiantes de secundaria se sienten tan tristes y desesperados con tanta frecuencia que dejan de participar en sus actividades habituales, y cada año, el 16% de este grupo de edad contempla seriamente en suicidarse (Centros para el Control de Enfermedades y Prevención, 2012). Menos personas informan un patrón de síntomas depresivos que incluye una gama más amplia de síntomas que la tristeza sola. Alrededor del 8% de los adolescentes estadounidenses cumplieron los criterios diagnósticos para un trastorno depresivo durante el año pasado. Algunos estudios estiman que hasta el 15% de las personas experimentarán al menos un episodio de depresión a los 18 años (Merikangas et al., 2010).

El estado de ánimo deprimido, el síndrome depresivo y el trastorno depresivo se vuelven más comunes durante la adolescencia, en parte debido a la creciente prevalencia de eventos estresantes durante estos años (Graber y Sontag, 2009), en parte porque los cambios cognitivos de la adolescencia permiten la introspección y rumiación que a menudo acompaña a la depresión (Avenevoli y Steinberg, 2001). También hay una disminución significativa en el estado de ánimo positivo durante los años de la adolescencia (Weinstein et al., 2007). Asimismo, se observa un aumento especialmente dramático en la prevalencia de sentimientos depresivos alrededor de la pubertad (Graber y Sontag, 2009).



Una idea intrigante vincula el aumento de la depresión con los mismos cambios en el sistema de dopamina del cerebro que aumentan la vulnerabilidad al consumo de alcohol y otras drogas (Davey et al., 2008). Según este punto de vista, la coincidencia de una mayor búsqueda de recompensas causada por este cambio cerebral con los cambios en el mundo social del adolescente, conduce a una intensificación en el deseo de los adolescentes por obtener recompensas en amistades íntimas y relaciones románticas. Cuando estas recompensas no se materializan, los adolescentes pueden frustrarse y deprimirse.

Los síntomas de depresión aumentan constantemente durante la adolescencia y luego comienzan a disminuir, lo que hace que la adolescencia tardía sea el período de la vida con el mayor riesgo de sufrir el trastorno. Una razón por la cual la depresión disminuye después de la adolescencia tardía es que las personas informan una disminución significativa del estrés durante este período (Wight et al., 2004).

Algunos estudios también indican que ha habido aumentos históricos en la prevalencia de depresión y otros signos de angustia internalizada, especialmente entre los adolescentes, con tasas que aumentan en cada generación (Lewinsohn et al., 1993). Además, varios estudios también han indicado que puede haber diferencias étnicas en la prevalencia de depresión durante la adolescencia, con un número significativamente mayor de adolescentes hispanos que informan síntomas depresivos que sus pares blancos, negros o asiáticos, especialmente en muestras de adolescentes mujeres (Siegel et al., 1998).

### **2.19. Síntomas de depresión en adolescentes**

Los adolescentes y adultos con trastornos depresivos tienen síntomas similares, lo que permite su comprensión como entidades fenomenológicas iguales. Esta consideración se derivó de varios estudios que definieron que los mismos criterios de diagnóstico se aplican de manera confiable en adolescentes y adultos (Pataki y Carlson, 1995; Scivoletto et al., 1994). Por lo

tanto, los criterios de diagnóstico utilizados por los sistemas de clasificación actuales (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales [DSM-5], 2013; Clasificación Internacional de Enfermedades [ICD-10], 1992) son los mismos, sin diferenciar la adolescencia de otros momentos de la vida. Según estos manuales, los principales trastornos depresivos son la depresión mayor y la distimia.

Sin embargo, es necesario destacar que la mayoría de los autores en el área de los trastornos depresivos en la infancia y la adolescencia, citan que los síntomas varían con la edad, destacando la importancia del proceso de maduración y las diferentes etapas del desarrollo en la depresión, con una caracterización de síntomas predominantes por grupo de edad (Sadler, 1991; Versiani et al., 2000).

Según el DSM-5 (2013), la característica común de los trastornos depresivos es "la presencia de un estado de ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente la capacidad de funcionamiento del individuo" (p.155). Sin embargo, la depresión a menudo coexiste con otros trastornos, lo que hace que su diferenciación sea problemática. Además, en los adolescentes, la emoción no siempre se presenta de la misma manera que en los adultos y puede no ser tan fácil de reconocer. La irritabilidad y el comportamiento agresivo deben ser las consideraciones importantes al diagnosticar adolescentes con trastornos depresivos, se estima que más del 80% de los jóvenes deprimidos tienen un estado de ánimo irritado (Kazdin y Marciano, 1998).

El procesamiento adecuado de las inmensas dificultades y las emociones intensas que ocurren conjuntamente en esta población deben considerarse cuidadosamente en el diagnóstico diferencial. Por ejemplo, la pérdida y el duelo pueden llevar a una gran cantidad de sufrimiento y tristeza. El abuso de sustancias, las afecciones médicas y los efectos secundarios de los medicamentos también deben evaluarse a fondo.

Si bien la expresión de los síntomas no es mutuamente excluyente y pueden superponerse, el examen en categorías de los síntomas individuales puede ser valioso en el diagnóstico y el tratamiento. Por lo tanto, las categorías de síntomas de depresión descritas en el DSM-5 son las siguientes: (1) afectivo, (2) somático o físico y (3) cognitivo, y se describen a continuación:

### ***2.19.1. Síntomas afectivos***

El síntoma afectivo más comúnmente identificado en la presentación adulta de la depresión es un estado de ánimo deprimido o tristeza y un interés disminuido o falta de placer en actividades típicamente disfrutadas. Sin embargo, como se describió, en la adolescencia la irritabilidad y la baja tolerancia a la frustración se han identificado como características de expresión depresiva. En numerosos estudios longitudinales, los adolescentes previamente identificados como niños crónicamente irritables tenían un mayor riesgo de internalizar síntomas relacionados con la depresión (Copeland et al., 2009).

Además, se realizó un estudio comunitario de 20 años sobre la irritabilidad informada por los adolescentes y sus resultados relacionados en la edad adulta (Stringaris et al., 2009). La irritabilidad predijo significativamente el trastorno depresivo mayor y la distimia. De hecho, la irritabilidad identificada con el diagnóstico de trastorno de oposición desafiante se ha relacionado con trastornos depresivos posteriores (Eley et al., 1999). Además, el afecto negativo persistente que está relacionado con múltiples temas o que no cambia en su situación debe considerarse en relación con la tristeza o la pérdida de interés. Los sentimientos identificados de inutilidad, culpa excesiva o inapropiada y desesperanza también pueden ser indicativos de dificultades depresivas.

### **2.19.2. Síntomas físicos**

Entre los síntomas del DSM-5 (2013), encontramos la disminución de la actividad motora que puede ser la manifestación física de un estado de ánimo deprimido o triste, falta de interés o placer, fatiga o falta de energía. Puede presentarse como habla, pensamiento o movimientos corporales lentos. El discurso de bajo volumen, sin inflexión, poca cantidad o variedad de contenido también puede caracterizar esta expresión depresiva. Si bien la actividad motora lenta aparece mayormente y es lo esperable, la actividad psicomotora agitada también puede ser representativa de un estado de ánimo deprimido. Esto puede observarse como la incapacidad de permanecer quieto, pasearse, frotarse las manos, la piel, la ropa u otros objetos.

Otras expresiones de un estado de ánimo deprimido o triste pueden incluir el llanto. Asimismo, la irritabilidad puede observarse como arrebatos del temperamento, agresión o comportamiento peligroso. Estas observaciones también son criterios de síntomas primarios utilizados para identificar el trastorno disruptivo de la desregulación del estado de ánimo.

La pérdida de peso significativa o una disminución marcada, o inexplicable, o aumento del apetito también pueden ser una característica física identificada de los trastornos depresivos. Las dificultades de apetito pueden surgir como hiperfagia en poblaciones de adolescentes. El sueño excesivo o la falta de sueño (es decir, insomnio o hipersomnias) también pueden ser evidentes. Los adolescentes tienen más probabilidades de experimentar hipersomnias que insomnio, siendo de manera opuesta que en la población adulta.

Además de estas dificultades, las quejas de dolor físico (por ejemplo, dolores de cabeza, dolores articulares, abdominales u otros) son manifestaciones somáticas comunes de estados deprimidos. Debido a que los jóvenes tienen menos probabilidades de expresar estados emocionales con fluidez y comodidad, los síntomas somáticos pueden estar entre los primeros observados (Van der Veek et al., 2012). Los síntomas somáticos también pueden proporcionar

información sobre la gravedad depresiva en las poblaciones adolescentes (Bohman et al., 2010). La creación de planes suicidas específicos e intentos de suicidio es la mayor evidencia observable de dolor emocional, físico y cognitivo. Estos y otros comportamientos preocupantes pueden conducir a la hospitalización psiquiátrica, quizás la evidencia más inequívoca de la existencia de dificultades depresivas.

### **2.19.3. Síntomas cognitivos**

Una manifestación cognitiva primaria de los trastornos depresivos es la capacidad disminuida para pensar con claridad, concentrarse o tomar decisiones claras diariamente o casi a diario. Los síntomas basados en el pensamiento también pueden identificarse mediante un habla, pensamiento y movimientos corporales lentos o aumentos notables en las pausas antes de responder. También se deben tener en cuenta los pensamientos negativos en relación con el autoconcepto, como la baja autoestima o la falta de confianza. Menos equívocos son los pensamientos recurrentes sobre la muerte o la ideación suicida recurrente, con o sin un plan específico. Finalmente, los síntomas pueden presentarse dentro de las redes de amigos o familiares, como interrupción en las relaciones y problemas para iniciarlos o mantenerlos. Sin otras causas fácilmente identificables, una baja en el rendimiento escolar puede tomarse en consideración. Además, la incapacidad o la negativa a participar en actividades que alguna vez fueron agradables o que pueden ser divertidas para un joven sano pueden significar un comportamiento depresivo.

### **2.20. Signos de depresión en los adolescentes**

Huberty (2008) sostiene que existen signos visibles comunes en la depresión adolescente, y asume que estos signos también pueden reconocerse desde la niñez. Divide los signos comunes en cognitivos, conductuales y fisiológicos, y son descritos a continuación.

- *Cognitivos*: Pensamiento de “todo o nada”; catastrofización; problemas de memoria; problemas de concentración; locus de control interno; visión negativa de sí mismo, el mundo y el futuro; pensamientos automáticos; estilo atribucional negativo; afecto negativo; sentimientos de desesperanza y desamparo; baja autoestima; dificultad en la toma de decisiones; sentimientos de pérdida de control; y pensamientos suicidas.
- *Conductuales*: Humor deprimido; retirada social; no participación en actividades usuales; muestras de esfuerzo limitado; descuido en el cuidado y apariencia personal; separación de relaciones interpersonales; decremento en el rendimiento académico o laboral; llanto sin razón aparente; respuestas inapropiadas a sucesos cotidianos; irritabilidad; apatía; falta de cooperación; e intentos suicidas.
- *Fisiológicos*: Agitación o retardo psicomotor; quejas somáticas; aumento o pérdida de apetito; disminución o exceso de sueño; y poca energía o fatiga.

## 2.21. Trastornos depresivos

La tristeza, el desánimo, el pesimismo y la desesperanza son sentimientos familiares para la mayoría de las personas. Los sentimientos de depresión son desagradables cuando los experimentamos, pero generalmente no duran mucho, se disipan por sí solos después de un período de días o semanas o después de haber alcanzado un cierto nivel de intensidad. De hecho, la depresión leve y breve en realidad puede ser "normal" y adaptativa a largo plazo. Al ralentizarnos, la depresión leve a veces nos salva de malgastar mucha energía en la búsqueda inútil de objetivos inalcanzables (Keller y Nesse, 2005; Nesse, 2000).

Por lo general, se esperaría que ocurrieran depresiones normales en personas que sufren eventos vitales dolorosos pero comunes, como pérdidas personales, interpersonales o

económicas significativas. Sin embargo, existen ciertas características que definen una depresión clínicamente hablando y que se definen como trastornos depresivos.

### ***2.21.1. Trastorno depresivo mayor***

Los criterios de diagnóstico para el trastorno depresivo mayor se han mantenido relativamente consistentes a través del DSM-III al DSM-5 actual (American Psychiatric Association [APA], 2013). Hay un conjunto de criterios para adultos y niños, basados en los resultados de la investigación de que los niños y adolescentes con depresión pueden identificarse de manera confiable utilizando los mismos criterios; sin embargo, se agregó humor irritable para niños y adolescentes como una posible alternativa para una característica esencial de la depresión mayor en lugar del estado depresivo.

Esta característica se ha conservado en el DSM-5 y permite que el estado de ánimo irritable sustituya la presencia de estado de ánimo deprimido en niños y adolescentes. La irritabilidad se observa con mayor frecuencia en niños y adolescentes, pero la mayoría de veces exhibirán un estado de ánimo deprimido solo (58%) o combinado con un estado de ánimo irritable (36%), y rara vez mostrarán solo un estado de ánimo irritable (6%) (Stringaris et al., 2013).

Los criterios diagnósticos para el trastorno depresivo mayor. (TDM; también conocida como depresión mayor o depresión unipolar) requieren que una persona deba estar en un episodio depresivo mayor y nunca haber tenido un episodio maníaco, hipomaníaco o mixto. Estos episodios requieren que el adolescente exhiba una de las dos características clave: estado de ánimo deprimido o irritable y pérdida de interés o placer.

Estos síntomas están acompañados por síntomas depresivos adicionales, que incluyen pérdida o aumento de peso significativos, insomnio o hipersomnias, y sentimientos de inutilidad,

que deben estar presentes la mayoría de los días dentro del mismo período de 2 semanas. Es importante destacar que se debe descartar la presencia de ciertos factores de exclusión que podrían causar o contribuir a los síntomas depresivos. Estos incluyen los efectos de sustancias, afecciones médicas y depresión que ocurren como parte de la experiencia típica de pérdida significativa.

Sin embargo, investigaciones recientes han indicado que la depresión relacionada con el duelo no es significativamente diferente del trastorno depresivo mayor que se presenta en otros contextos; es más probable que ocurra en individuos con antecedentes de trastorno depresivo mayor; y también es probable que sea crónica y recurrente. Por este motivo, los síntomas relacionados con el duelo ya no se excluyen de los criterios de diagnóstico.

Después de evaluar las condiciones de exclusión de los síntomas mencionados anteriormente, si un joven cumple con los criterios completos para un diagnóstico de Trastorno depresivo mayor, el DSM-5 incluye dimensiones de gravedad que deben incluirse en el diagnóstico ("leve", "moderado", "severo"). Estas clasificaciones se basan en la cantidad de síntomas que muestra un individuo más allá de lo que se necesita para el diagnóstico, la angustia asociada con la afección y el nivel de discapacidad que causa.

En este sentido, Tolentino y Schmidt (2018) encontraron que los dos criterios de diagnóstico principales para la depresión (estado de ánimo deprimido y pérdida de interés o placer) difieren con respecto a su capacidad de discriminación cuando se considera el nivel de depresión: el estado de ánimo deprimido es el síntoma más confiable del DSM-5 para discriminar la depresión moderada de la no depresión, mientras que la anhedonia emerge como un criterio importante cuando la depresión se vuelve más severa.

Entre los criterios secundarios del DSM, el grupo somático muestra una alta capacidad discriminante para separar la no depresión de la depresión moderada. Para la discriminación



de la depresión severa de la moderada, el síntoma más confiable del DSM-5 son los pensamientos suicidas, seguido de anhedonia, sentimientos de inutilidad y humor deprimido. En resumen, se encuentra que los criterios no somáticos del DSM-5 distinguen de manera confiable la depresión moderada de la severa, mientras que los factores somáticos son útiles para la discriminación entre grupos moderados y sin depresión.

### **2.21.2. Distimia**

Las alteraciones del estado de ánimo crónicas caracterizadas principalmente por síntomas depresivos también se pueden diagnosticar, aunque estas afecciones deben haber sido aparentes durante al menos 2 años, y normalmente no serían lo suficientemente graves como para interrumpir el funcionamiento social, ocupacional normal y garantizar un diagnóstico de depresión mayor. El más importante de ellos es el trastorno distímico, en el que la persona ha experimentado al menos 2 años de depresión durante más días que los que no. Las personas diagnosticadas con este trastorno experimentan muchas de las características conductuales y cognitivas de la depresión mayor, pero son menos graves (solo cumplen dos o más de los criterios de síntomas para la depresión mayor).

### **2.22. Factores de riesgo de depresión adolescente**

Rowe y Tonge (2003) proponen los factores de riesgo adolescente en la etiología de la depresión divididos en factores: biológicos, sociales, familiares y psicológicos y se mencionan a continuación.

- *Biológicos:* Antecedentes familiares de enfermedad mental (efectos genéticos); cambios fisiológicos asociados con adolescencia (efectos hormonales); cambios psicosexuales; abuso de drogas ilícitas; abuso de alcohol; y enfermedad física crónica.

- *Sociales*: Bullying, rechazo de grupo de pares, demandas educacionales, desempleo, y crisis comunitaria.
- *Familiares*: Ruptura familiar, negligencia y maltrato infantil, abuso emocional, físico y sexual, disfuncionalidad familiar, duelo familiar o pérdida, expectativas parentales no razonables.
- *Psicológicos*: Pensamientos negativos, desesperanza aprendida, altos niveles de estrés, pobre desarrollo de la identidad, personalidad de alto logro, y expectativas personales irracionales.

### **2.23. Depresión según género**

Cualquier modelo integral de depresión debe tener en cuenta el sexo femenino como un factor de riesgo importante para la depresión. Las mujeres adolescentes y adultas tienen una probabilidad 2:1 mayor de sufrir depresión mayor que los hombres, una proporción representativa en prácticamente todos los países encuestados (Hammen, 2018).

En su mayor parte, la investigación ha explorado si las diferencias de sexo se deben a los instrumentos de medición y expresión diferencial de síntomas, si las mujeres tienen más factores de riesgo, si las mujeres son más sensibles que los hombres a los mismos factores de riesgo, y si los recursos y las estrategias de afrontamiento de las mujeres para lidiar con estresores son menos eficaces que los de los hombres. Estos problemas se superponen, y la investigación sobre el tema es enorme.

Se ha asumido que los factores biológicos como las hormonas sexuales son factores contribuyentes dado el vínculo entre la depresión y ciertas fases de la vida reproductiva de las mujeres: la aparición de la diferencia de género en el momento de la pubertad, el trastorno disfórico premenstrual y los cambios de humor durante la fase premenstrual, depresión

posparto y depresión durante la menopausia, por ejemplo. Sin embargo, en general, las asociaciones complejas entre las hormonas sexuales, los sistemas de neurotransmisores y los mecanismos neuroendocrinos, así como los factores contribuyentes que probablemente se deban a los efectos genéticos, del desarrollo y ambientales que trabajan juntos, no permiten realizar aseveraciones concluyentes ni simples.

Es probable que haya algunas mujeres que sean muy sensibles a las fluctuaciones hormonales, y posiblemente algunos tipos de depresión que estén particularmente relacionados con los procesos hormonales, pero la gran mayoría de las mujeres que experimentan cambios típicos en las hormonas relacionadas con la fase reproductiva no experimentan una depresión significativa (Martel, 2013; Steiner et al., 2003).

Investigaciones recientes han arrojado luz sobre los posibles efectos de las hormonas femeninas y las experiencias de estrés en la aparición de la depresión en la adolescencia. Las niñas de maduración temprana, por ejemplo, tienen tasas más altas de depresión (Graber 2013), con efectos hormonales que interactúan con experiencias ambientales adversas como el abuso y la discordia familiar (condiciones que también predicen la maduración temprana), así como problemas de imagen corporal negativa y cambios en las relaciones entre pares (Rudolph 2014).

Existe alguna evidencia de que las adolescentes y las mujeres experimentan más exposición a factores estresantes y condiciones adversas que los hombres, lo que contribuye a tasas más altas de depresión. Hay varias facetas de la adversidad, por ejemplo, las mujeres tienen una mayor exposición al abuso sexual infantil, la violencia doméstica y la victimización sexual (Stoltenborgh et al., 2015). Las mujeres también tienen estrés por una situación social desfavorecida; son más pobres, tienen trabajos o roles de menor estatus y salarios más bajos, y tienen menos acceso a fuentes de recompensa que los hombres. Las mujeres también tienden a

estar más cargadas con roles crónicamente estresantes como cuidadoras, incluyendo roles duales que causan tensión, como ser madres trabajadoras, o madres solteras que cumplen la función de padre y madre para sus hijos.

Además, las mujeres adolescentes y adultas pueden tener más probabilidades de experimentar y tener mayores reacciones depresivas a los eventos de vida interpersonales que los hombres (Hankin et al., 2007). Durante mucho tiempo se ha especulado que la mayor susceptibilidad de las mujeres a la angustia frente al fracaso y la pérdida interpersonal se debe en parte a tendencias programadas cultural y biológicamente para estar más orientadas que los hombres a roles afectivos y enriquecedores con los demás. Además, es más probable que basen su sentido de autoestima en conexiones cercanas con otros y esté más fuertemente afectado por las desgracias en la vida de los seres queridos (Cyranowski et al., 2000).

Finalmente, un énfasis bastante reciente en la investigación del riesgo de depresión es el estilo de respuesta reflexiva, una forma de afrontamiento pasivo definido por los esfuerzos repetitivos para pensar sobre la angustia emocional y sus causas y consecuencias en lugar de tomar medidas activas para resolver los problemas que causan dicha angustia. Es un estilo de respuesta que promueve, intensifica y prolonga la depresión y es más común en mujeres que en hombres (Nolen-Hoeksema et al., 2008). Por esto, existe un gran interés en los correlatos neurales de la rumiación y su vínculo con el estilo cognitivo desadaptativo.

Con respecto a esto, los hallazgos informados por Kendler y Gardner (2014) en un diseño de control de gemelos que comparan hermanos y hermanas apoyan el mayor papel de los factores interpersonales en los trastornos depresivos de las mujeres que en los de los hombres. Los autores examinaron los efectos predictivos de 20 factores de riesgo de por vida y encontraron diferencias de género en 11 de estos factores. La depresión de las mujeres se predijo con mayor fuerza por eventos principalmente interpersonales: baja afectividad de los

padres, neuroticismo, divorcio, poco apoyo social y baja satisfacción matrimonial. La depresión de los hombres fue más predicha por el abuso sexual infantil, el trastorno de conducta, el abuso de drogas, una depresión mayor previa y los eventos de vida estresantes por el estado financiero, ocupacional o legal.

Por último, algunos autores han descrito con mayor detalle las diferencias en la depresión entre adolescentes de ambos sexos (Byrne et al., 1993; Sadler, 1991). Las mujeres informan síntomas más subjetivos, como sentimientos de tristeza, vacío, aburrimiento y ansiedad; y también tienden a estar más preocupadas por la popularidad, tienen menos satisfacción con la apariencia, más conciencia y menor autoestima. Mientras que los hombres informan más sentimientos de desprecio, desafío y desdén, y muestran problemas de comportamiento como faltar a clases, huir de casa, violencia física, robo y abuso de sustancias.

## **2.24. Teorías de la depresión**

Los trastornos depresivos no pueden explicarse por una sola teoría, ya que están involucradas muchas variables distintas en su inicio y persistencia. Debido a la importancia de algunos trabajos pioneros en relación con el desarrollo de las teorías psicológicas de la depresión, ciertos autores han seguido siendo referencias clave durante décadas. En esta sección se plantea un resumen de las diversas explicaciones para el inicio de la depresión, de acuerdo con los diferentes marcos teóricos.

### ***2.24.1. Teorías biológicas***

Si un trastorno del estado de ánimo no puede explicarse por los antecedentes familiares o los eventos estresantes de la vida, puede ser que el adolescente en cuestión esté sufriendo una enfermedad o disfunción neurológica. En tal caso, los síntomas depresivos pueden manifestarse temprano en niños y adolescentes como síndromes epilépticos, trastornos del sueño, cefaleas

recurrentes y crónicas, distintas enfermedades neurometabólicas e incluso tumores intracraneales (Narbona, 2014). A continuación, se describen los hallazgos encontrados que vinculan la depresión con aspectos biológicos en los individuos que la padecen.

**2.24.1.1. Déficit de serotonina.** La serotonina es una monoamina vinculada a la adrenalina, la noradrenalina y la dopamina que desempeña un papel clave, particularmente en el cerebro, ya que está involucrada en importantes funciones de regulación de la vida (apetito, sueño, memoria, aprendizaje, regulación de la temperatura y comportamientos sociales, etc.), así como en muchas patologías psiquiátricas (Nique et al., 2014). La serotonina modula la neuroplasticidad, particularmente durante los primeros años de vida, y puede provocar disfunciones en los sistemas involucrados en la fisiopatología de la depresión (Kraus et al., 2017).

Las pruebas de resonancia magnética en animales han revelado que una reducción en la densidad y el tamaño de las neuronas, así como una reducción en el volumen del hipocampo entre los pacientes depresivos, puede deberse a cambios en la neuroplasticidad serotoninérgica. Branchi (2011), en este sentido, argumenta que mejorar los niveles de serotonina puede aumentar la probabilidad de recuperarse de la psicopatología, y subraya el papel desempeñado por el entorno social en este proceso. Adicionalmente, Curley et al. (2011) señalan que la calidad del entorno social puede influir en el desarrollo y la actividad de los sistemas neuronales, lo que a su vez tiene un impacto en las respuestas conductuales, fisiológicas y emocionales.

**2.24.1.2. Alteraciones endocrinas.** Los cambios relacionados con la edad y la presencia de factores de riesgo biológicos, incluidos los factores endocrinos, inflamatorios o inmunes, cardiovasculares y neuroanatómicos, hacen que las personas sean más vulnerables a la depresión. De hecho, algunos estudios sugieren que la depresión puede estar relacionada con alteraciones endocrinas: secreciones nocturnas de cortisol, secreción nocturna de hormona de crecimiento, secreción de hormona estimulante de la tiroides, secreciones de melatonina y prolactina, niveles altos de cortisol o disminución de la producción de hormona del crecimiento. La pubertad y los cambios hormonales y físicos que la acompañan requieren atención especial porque se ha propuesto que podrían asociarse con una mayor incidencia de depresión (Bernaras et al., 2019).

**2.24.1.3. Alteraciones del sueño.** Los problemas de sueño a menudo se asocian con situaciones de privación social, desempleo o eventos estresantes de la vida (divorcio, malos hábitos de vida o malas condiciones de trabajo). Sin embargo, también parece que los trastornos del sueño están relacionados con el desarrollo de la depresión. Esta relación se produce como resultado de cómo el sueño insuficiente afecta el hipocampo, lo que aumenta la sensibilidad neuronal a los eventos externos y la vulnerabilidad a los agentes neurotóxicos, lo que resulta en una disminución neta de la materia gris en el hipocampo en la corteza orbitofrontal izquierda (Novati et al., 2012).

Por su parte, Franzen y Buysse (2008) afirman que las asociaciones bidireccionales entre los trastornos del sueño (particularmente el insomnio) y la depresión hacen que sea más difícil distinguir las relaciones causa-efecto entre ellos. Por lo tanto, no está claro si la depresión causa trastornos del sueño o si los trastornos crónicos del sueño conducen a la aparición de depresión. Sin embargo, lo que parece claro es que tratar los trastornos del sueño (tanto el

insomnio como la hipersomnía) puede ayudar a reducir la gravedad de la depresión y acelerar la recuperación (Franzen y Buysse, 2008).

Los estudios longitudinales han identificado el insomnio como un factor de riesgo para el inicio o la recurrencia de la depresión en jóvenes y adultos (Sivertsen et al., 2014). En comparación con la población no clínica, los niños y adolescentes deprimidos reportan problemas para dormir y una mayor duración del sueño.

Por su parte, Foley y Weinraub (2017) observaron que, entre las niñas preadolescentes, los problemas de sueño inicial y tardío predijeron directa o indirectamente una amplia variedad de trastornos de ajuste social y emocional (síntomas depresivos, baja competencia escolar, baja regulación emocional y conductas de riesgo).

**2.24.1.4. Alteración en la neurotransmisión.** Los estudios realizados en los últimos 20 años han demostrado que la hiperactividad del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HPA) puede explicar la depresión mayor (Pariante, 2017). Algunos de los mecanismos fisiopatológicos de la depresión incluyen neurotransmisión alterada, anomalías del eje HPA involucradas en el estrés crónico, neuroplasticidad reducida y disfunción de la red neuronal. Otros estudios informan alteraciones en la estructura del cerebro: hipocampo más pequeño, amígdala y lóbulo frontal. Sin embargo, los mecanismos moleculares y clínicos subyacentes aún no se han descubierto (Dean y Keshavan, 2017).

**2.24.1.5. Factores genéticos.** Otros estudios han resaltado la importancia de la genética en el inicio de la depresión, reportando que la carga genética representa un 40% (Scourfield et al., 2003). Es importante reconocer que una predisposición genética a una respuesta excesiva de amígdala al estrés, o un eje hiperactivo de HPA debido al estrés durante la primera infancia, puede desencadenar un efecto excesivo o alterar un sistema psicológico saludable (Dean y



Keshavan, 2017) Además, las anomalías genéticas en la transmisión serotoninérgica se han relacionado con la depresión.

Por su parte, Oken et al. (2015) afirman que las alteraciones psicológicas pueden desencadenar cambios en los parámetros fisiológicos, como la transcripción del ADN, o pueden dar lugar a modificaciones epigenéticas que alteran la sensibilidad del receptor del neurotransmisor.

### ***2.24.2. Teorías psicológicas***

Esta sección describe las diferentes teorías psicológicas que han intentado explicar el fenómeno de la depresión. La depresión es un trastorno altamente complejo influenciado por múltiples factores, y está claro que ninguna teoría puede explicar completamente su etiología y persistencia. Es probable que se deba adoptar una perspectiva más ecléctica si queremos avanzar en la determinación del origen, desarrollo y mantenimiento de esta patología.

**2.24.2.1. Teorías del apego.** La teoría del apego fue el término utilizado por Bowlby (1976) para referirse a una conceptualización específica de la propensión de los seres humanos a establecer lazos fuertes y duraderos con otras personas. Este autor propone que la consistencia, el cuidado, la protección y la capacidad de respuesta en las interacciones tempranas con los cuidadores contribuyen al desarrollo de esquemas o representaciones mentales sobre las relaciones de uno mismo con los demás, y que estos esquemas sirven como modelos para relaciones posteriores. El modelo de apego de Bowlby postula que la vulnerabilidad a la depresión proviene de experiencias tempranas que no lograron satisfacer la necesidad del niño de seguridad, cuidado y comodidad, así como del estado actual de sus relaciones íntimas (Bowlby, 1988).

Las experiencias tempranas adversas pueden contribuir a alteraciones en los apegos tempranos, que pueden estar asociadas con la vulnerabilidad a la depresión. Se han informado asociaciones entre el apego inseguro entre los niños y el autoconcepto negativo, la sensibilidad a la pérdida y un mayor riesgo de depresión en la infancia y la adolescencia. Sin embargo, las relaciones entre el apego seguro y la depresión también parecen estar mediadas por el desarrollo de creencias o esquemas desadaptativos (Roberts et al., 1996). Por su parte, Ju y Lee (2018) argumentan que el apego entre pares reduce los niveles de depresión en niños en riesgo y también destacan el aspecto curativo del apego entre pares adolescentes.

Por lo tanto, la teoría del apego se ha convertido en una construcción útil para conceptualizar muchos trastornos diferentes y proporciona información valiosa para el tratamiento de la depresión. En este sentido, Ainsworth describió tres estilos de apego, de acuerdo con la respuesta del niño a la presencia, ausencia y retorno de la madre (o del cuidador principal): seguro, ansioso-evitador y ansioso-resistente (Ainsworth et al., 1978). Los estilos de apego menos seguros pueden dar lugar a experiencias traumáticas durante la infancia, que a su vez pueden dar lugar a la aparición de síntomas depresivos.

De manera similar, Hesse y Main (2000) argumentaron que el mecanismo central que regulaba la supervivencia emocional infantil era la proximidad a las figuras de apego, es decir, aquellas figuras que ayudan al niño a enfrentar situaciones aterradoras. Utilizando el procedimiento de situación extraña de Ainsworth, Por su parte, Main (1996) descubrió que los niños maltratados participaban en comportamientos más desorganizados, disruptivos, agresivos y disociativos durante la infancia y la adolescencia. Este investigador también descubrió que muchas personas con trastornos clínicos tienen un apego inseguro y que los niños psicológicamente desorientados y desorganizados son más vulnerables.

Por su parte, Blatt (2004) exploró la naturaleza de la depresión y las experiencias de la vida que contribuyen a su aparición en mayor profundidad, identificando dos tipos de depresión que, a pesar de un conjunto común de síntomas, tienen raíces muy distintas: (1) depresión anaclítica, que surge de sentimientos de soledad y abandono; y (2) depresión introyectiva, que surge de sentimientos de fracaso e inutilidad. Esta distinción es consistente con las formulaciones psicoanalíticas, ya que considera que la indefensión/dependencia y la desesperación/sentimientos negativos sobre uno mismo son dos cuestiones clave en la depresión.

**2.24.2.2. Modelos conductuales.** Las primeras explicaciones propuestas por este modelo argumentaron que la depresión ocurre debido a la falta de refuerzo de comportamientos previamente reforzados (Lewinsohn, 1975), un exceso de conductas de evitación y la falta de refuerzo positivo (Ferster, 1966) o la pérdida de eficiencia de los refuerzos positivos. Un adolescente con depresión inicialmente recibe mucha atención de su entorno social (familia, amigos, etc.), y se refuerzan comportamientos como el llanto, las quejas o las expresiones de culpa. Cuando estos comportamientos depresivos aumentan, la relación con el adolescente se vuelve aversiva, y las personas que solían acompañarlo evitan estar con él, lo que contribuye a agravar su depresión.

Las bajas tasas de refuerzo pueden explicarse por el rechazo materno y el menor apoyo de los padres o por una baja competencia social (Shah y Morgan, 1996). La depresión es principalmente un fenómeno aprendido, relacionado con interacciones negativas entre el individuo y su entorno (por ejemplo, baja tasa de refuerzo o relaciones sociales insatisfactorias). Estas interacciones están influenciadas por cogniciones, comportamientos y emociones.

**2.24.2.3. Modelos cognitivos.** La reformulación del modelo atribucional de la indefensión aprendida (Abramson et al., 1978) y la teoría cognitiva de Beck (Beck et al., 1979) son las dos teorías cognitivas más ampliamente aceptadas entre los modelos cognitivos contemporáneos de depresión. La indefensión aprendida está relacionada con las atribuciones cognitivas, que pueden ser específicas/globales, internas/externas y estables/inestables (Abramson et al., 1978). La atribución global implica la convicción de que el evento negativo es contextualmente consistente en lugar de específico a una circunstancia particular. La atribución interna está relacionada con la creencia de que la situación aversiva ocurre debido a condiciones individuales más que a circunstancias externas. La atribución estable es la creencia de que la situación aversiva no cambia con el tiempo (Miller y Seligman, 1975).

Las personas propensas a la depresión atribuyen eventos negativos a factores internos, estables y globales y hacen atribuciones externas, inestables y específicas para el éxito, un estilo cognitivo también presente en niños y adolescentes con depresión (Gladstone y Kaslow, 1995).

Por otro lado, el modelo de procesamiento de información (Beck et al., 1979) postula que la depresión es causada por tensiones particulares que evocan la activación de un esquema que filtra y codifica la experiencia del individuo deprimido de manera negativa (Ingram, 1984). Beck sugiere que esta distorsión de la realidad se expresa en tres áreas, que él llama la "tríada cognitiva": puntos de vista negativos sobre uno mismo, el mundo y el futuro como resultado de su historia de aprendizaje. Estas creencias son provocadas por eventos de la vida que tienen un significado especial para el sujeto (Beck y Alford, 2009).

**2.24.2.4. Modelo del autocontrol.** Esta teoría supone que la depresión se debe a deficiencias en el proceso de autocontrol, que consta de tres fases: autocontrol, autoevaluación y autoadministración de las consecuencias (Rehm, 1977). En la fase de autocontrol, las personas solo atienden a eventos negativos y tienden a reconocer solo las consecuencias inmediatas a corto plazo. En la fase de autoevaluación, las personas deprimidas establecen criterios de evaluación poco realistas y atribuyen inexactamente sus éxitos y fracasos. Si la autoevaluación es negativa, en la fase de autoadministración de consecuencias, el individuo tiende a involucrarse muy poco en el auto refuerzo y muy frecuentemente en el auto castigo.

Tanto el modelo de autocontrol de Rehm (Rehm, 1977) como la concepción de la depresión infantil de Bandura (Bandura, 1977) suponen que los adolescentes internalizan desde niños las pautas de control externo. Estas pautas están relacionadas con los patrones de interacción familiar y ambas pueden contribuir a la etiología o la persistencia de la depresión en los adolescentes.

**2.24.2.5. Teoría interpersonal.** Este modelo, que está estrechamente relacionado con las teorías del apego, tiene como objetivo identificar y encontrar soluciones para los problemas de depresión de un individuo en su funcionamiento interpersonal. Sugiere que las dificultades experimentadas están relacionadas con el dolor no resuelto, las disputas interpersonales, los roles de transición y los déficits interpersonales (Markowitz y Weissman, 1995).

Milrod et al. (2014) sostienen que el apego patológico durante la primera infancia tiene graves consecuencias en la capacidad de los adolescentes de experimentar e internalizar relaciones positivas. De manera similar, diferentes estudios han resaltado el hecho de que una de las variables que mejor predice la depresión en niños y adolescentes son las relaciones con los compañeros (Bernaras et al., 2013).

**2.24.2.6. Eventos de vida estresantes.** Los estudios centrados en la población adulta han informado que entre el 60 y el 70% de los adultos deprimidos experimentaron uno o más eventos estresantes durante el año anterior al inicio de la depresión mayor (Frank et al., 1994). En niños y adolescentes, se han encontrado asociaciones modestas entre eventos vitales estresantes y depresión. Por su parte, Shapero et al. (2013) descubrieron que las personas que habían sufrido abuso emocional severo durante la infancia experimentaron niveles más altos de síntomas depresivos cuando se enfrentaron a estresores actuales.

Sokratous y colaboradores (2013) sostienen que el inicio de la depresión no solo se desencadena por eventos estresantes importantes, sino también por eventos menores de la vida (abandono de la escuela, pérdida de trabajo de sus padres, dificultades financieras en la familia, pérdida de amigos o la enfermedad de un miembro de la familia) también puede influir en la aparición de síntomas depresivos.

Eventos como la pérdida de seres queridos, el divorcio de los padres, el duelo o la exposición al suicidio se han asociado con el inicio de la depresión en la infancia (Reinherz et al., 1993). Factores tales como antecedentes de pérdidas interpersonales adicionales, factores de estrés adicionales, antecedentes de problemas psiquiátricos en la familia y psicopatología previa (incluida la depresión) aumentan el riesgo de depresión en los adolescentes. Birmaher et al. (1996) descubrieron que la investigación previa sobre eventos estresantes de la vida en relación con la depresión de inicio temprano se había basado en datos obtenidos de autoinformes, por lo que es difícil determinar la relación causal, ya que los eventos pueden ser tanto la causa como la consecuencia de la depresión.

Sin embargo, no todas las personas expuestas a este tipo de experiencia traumática se deprimen. La personalidad y el momento en que ocurren los eventos están involucrados en la

relación entre la depresión y los eventos estresantes de la vida, aunque los factores biológicos como el funcionamiento serotoninérgico (Caspi et al., 2010) también ejercen una influencia.

**2.24.2.7. Modelos socioculturales.** Estos modelos postulan que las variables culturales son responsables de la aparición de síntomas depresivos. Estas variables son principalmente aculturación y enculturación. En la aculturación, se observan cambios estructurales (económicos, políticos y demográficos), junto con cambios en el comportamiento psicológico de las personas. Algunos estudios vinculan el aumento de las tasas de suicidio con la recesión económica. La enculturación ocurre cuando la generación anterior invita, induce u obliga a la generación más joven a adoptar mentalidades y comportamientos tradicionales (Casullo, 2001).

Igualmente, no se puede pasar por alto la importancia de las interacciones familiares en el inicio de los síntomas depresivos. El estilo de crianza se ha identificado como un factor clave en el ajuste psicosocial de niños y adolescentes (Lengua y Kovacs, 2005). El comportamiento de los padres se ha estudiado desde dos perspectivas diferentes: calidez y control. La calidez está vinculada a aspectos como el compromiso y la expresión del afecto, respeto y preocupación positiva por parte de los padres y/o cuidadores principales.

En este sentido, estudios previos han identificado una asociación significativa entre el calor parental y el ajuste positivo entre los adolescentes. Rohner y Khaleque (2003) sostienen que el ajuste psicológico de los niños está estrechamente relacionado con su percepción de ser aceptados o rechazados por sus principales cuidadores, y otros estudios han encontrado que un apoyo más débil de los padres se asocia con mayores niveles de depresión y ansiedad entre los adolescentes (Yap et al., 2014).

Del mismo modo, Jaureguizar et al. (2018) descubrieron que un bajo nivel de calidez parental percibida estaba relacionado con altos niveles de desajuste clínico y escolar, y que cuanto más débil era el control parental, mayor era el desajuste clínico. Estos autores también

encontraron que los jóvenes con madres negligentes y padres autoritarios tenían niveles más altos de desajuste clínico.

## **2.25. Tratamientos clínicos para la depresión**

El tratamiento de la depresión adolescente consiste en psicoterapia, farmacoterapia o una combinación de estos. El tratamiento debe corresponder al nivel de depresión, las preferencias del paciente, el nivel de desarrollo del paciente, los factores de riesgo asociados y la disponibilidad de servicios (Richardson y Katzenellenbogen, 2005). Se debe incluir la educación del paciente y la familia sobre los riesgos y beneficios asociados del tratamiento, las expectativas con respecto al monitoreo del paciente y el seguimiento.

Aunque la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) afirma que los programas de prevención reducen el riesgo de padecer depresión, aún no se ha determinado qué tipo de programas y qué contenidos son los más efectivos. La OMS también afirma que existen tratamientos efectivos para la depresión moderada y severa, tales como tratamientos psicológicos (activación conductual, terapia cognitiva conductual y psicoterapia interpersonal) y medicamentos antidepresivos (aunque también advierte sobre efectos adversos), así como tratamientos psicosociales para casos de depresión leve. Además, un estudio realizado con adolescentes por Foster y Mohler-Kuo (2018) encontró que la combinación de terapia cognitivo-conductual y fluoxetina (fármaco antidepresivo) fue más efectiva que la terapia farmacológica sola.

### **2.25.1. Farmacoterapia**

Aunque la psicoterapia es un componente importante en el tratamiento de la depresión adolescente, el uso coadyuvante de medicamentos a veces es apropiado. Las consideraciones para iniciar la terapia antidepresiva incluyen la severidad de la depresión y el historial (Emslie



et al., 2005). La extrapolación de datos de adultos sobre medicamentos antidepresivos a niños y adolescentes puede no ser precisa, porque las vías neuronales pueden no estar completamente desarrolladas, y los sistemas de serotonina y noradrenalina tienen tasas de maduración diferentes (Fergusson y Woodward, 2002).

La eficacia del tratamiento con antidepresivos se ha cuestionado desde hace algunos años, por ejemplo, Iruela et al. (2009) afirman que los antidepresivos tricíclicos (imipramina, clomipramina, amitriptilina) no se recomiendan en la infancia y la adolescencia, ya que no se han demostrado beneficios distintos al efecto placebo y, además, generan efectos secundarios importantes debido a su cardiotoxicidad, por lo tanto, son particularmente peligrosos en casos de intento de suicidio. Estos mismos autores también desaconsejan el uso de inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) debido a restricciones dietéticas, interacciones con otros medicamentos y la falta de ensayos clínicos con grupos suficientemente grandes que garanticen su eficacia. Los ISRS o los antidepresivos serotoninérgicos son los que se han estudiado más ampliamente en esta población. El más efectivo es la fluoxetina, cuyo uso se recomienda en asociación con la psicoterapia cognitiva para casos de depresión en niños y adolescentes.

Por otro lado, Wagner y Ambrosini (2001) analizaron la eficacia del tratamiento farmacológico en niños y adolescentes y declararon que, en el mejor de los casos, la terapia antidepresiva para jóvenes deprimidos era moderadamente efectiva. Vitiello y Ordoñez (2016) realizaron una revisión sistemática del tema y encontraron más de 30 ensayos clínicos controlados en adolescentes. La mayoría de estos estudios no encontraron diferencias entre los estudios que administraron medicamentos y los que usaron placebo, pero sí encontraron que la fluoxetina era efectiva. Señalaron que los antidepresivos aumentaron el riesgo de suicidio (ideación y conductas suicidas) en comparación con los estudios que habían utilizado placebos. Los autores recomiendan usar antidepresivos con precaución en los jóvenes y limitarlos a

pacientes con depresión moderada a severa, especialmente cuando las intervenciones psicosociales no son efectivas o no son factibles.

### **2.25.2. Psicoterapia**

La Asociación Estadounidense de Psiquiatría y la Academia Estadounidense de Psiquiatría Infantil y Adolescente recomiendan que la psicoterapia sea siempre un componente del tratamiento para la depresión adolescente (Clark et al., 2012). Recomiendan la psicoterapia como una opción de tratamiento aceptable para pacientes con depresión leve y una combinación de medicamentos y psicoterapia en aquellos con depresión moderada a severa.

La Asociación Americana de Psicología (APA, 2017) ha publicado una lista de tratamientos psicológicos que han sido probados con el mayor rigor científico y que, además, se han encontrado como los más eficaces en el tratamiento de la depresión. Estos tratamientos son los siguientes:

- *Terapia de autorregulación/autocontrol* (Kanfer, 1970). La depresión se debe a la atención selectiva a los eventos negativos y las consecuencias inmediatas de los eventos, las atribuciones inexactas de responsabilidad por los eventos, el autorrefuerzo insuficiente y el autocastigo excesivo. Durante la terapia, el paciente recibe información sobre la depresión y las habilidades enseñadas que puede usar en su vida cotidiana. Este programa de 10 sesiones se puede entregar en formato grupal o individual, a cualquier edad.
- *Terapia cognitiva* (Beck, 1987). A las personas que sufren de depresión se les enseñan habilidades cognitivas y conductuales para ayudarles a desarrollar creencias más positivas sobre sí mismos, los demás y el mundo. Méndez (1998) argumenta que los terapeutas que trabajan con niños y adolescentes deprimidos deben buscar tres cambios: (1) aprender a valorar sus propios sentimientos; (2) reemplazar los comportamientos que generan

sentimientos negativos por comportamientos más apropiados; y (3) modificar los pensamientos distorsionados y razonamientos inexactos. El número de sesiones varía entre 8 y 16 en pacientes con síntomas leves. Aquellos con síntomas más severos muestran mejoría después de 16 sesiones.

- *Terapia interpersonal* (Klerman et al., 1984). García y Palazón (2010) identificaron cuatro puntos focales típicos para la tensión en la depresión: (1) relacionados con la pérdida (duelo complicado); (2) conflictos (disputas interpersonales); (3) cambio (transiciones de la vida); y (4) déficit en las relaciones con otros (déficits interpersonales), que generan y mantienen un estado depresivo. Utiliza ciertas estrategias de comportamiento, como la resolución de problemas y el entrenamiento en habilidades sociales, dura entre 12 y 16 sesiones en los casos más graves, y entre 3 y 8 sesiones en casos más leves.
- *Sistema de análisis cognitivo conductual de psicoterapia* (McCullough, 2000). Esta terapia combina componentes de terapias cognitivas, conductuales, interpersonales y psicodinámicas. Según McCullough (2000), es la única terapia desarrollada específicamente para tratar la depresión crónica. Los pacientes sometidos a esta terapia generan comportamientos más empáticos e identifican, cambian y sanan los patrones interpersonales relacionados con la depresión. Se recomienda a los pacientes combinar la terapia con un régimen de medicación antidepresiva.
- *Terapia conductual/Activación conductual* (Martell et al., 2013). La depresión incita a las víctimas a desconectarse de sus rutinas y a aislarse cada vez más. Con el tiempo, este aislamiento exagera sus síntomas depresivos. Las personas deprimidas pierden oportunidades de ser reforzadas positivamente a través de experiencias agradables o actividades sociales. La terapia tiene como objetivo aumentar las posibilidades de los pacientes de ser reforzados positivamente al aumentar sus niveles de actividad y mejorar

sus relaciones sociales. La terapia suele durar entre 20 y 24 sesiones, y la versión breve consta de entre 8 y 15 sesiones.

- *Terapia de resolución de problemas* (Nezu et al., 2013). El objetivo es mejorar la adaptación personal de los pacientes a sus problemas y al estrés utilizando estrategias cognitivas y conductuales eficaces. La terapia generalmente comprende alrededor de 12 sesiones, aunque generalmente se observan cambios sustanciales desde la cuarta sesión en adelante. Esta terapia es ampliamente utilizada en atención primaria. Es una adaptación que es fácil de aplicar en medicina general por parte del personal que trabaja en esos contextos y puede completarse en alrededor de 6 semanas (Areán, 2000).

Los tratamientos que, según la Asociación Americana de Psicología, Sociedad de Psicología Clínica (APA) cuentan con un soporte modesto según la investigación y que también podrían usarse en adolescentes son los siguientes:

- *Terapia racional emotiva conductual* (Ellis, 1994). Esta terapia a corto plazo, enfocada en el presente, trabaja para cambiar el pensamiento que contribuye a los problemas emocionales y de comportamiento utilizando un modelo de intervención activa, filosófica y empírica. Utiliza el modelo ABC (A: eventos observados por el individuo; B: interpretación individual del evento observado; C: consecuencias emocionales de las interpretaciones realizadas). El objetivo es lograr la reestructuración cognitiva de los pensamientos erróneos, para reemplazarlos por otros más racionales. Las técnicas más utilizadas son las cognitivas, conductuales y emocionales.
- *Terapia de auto-sistema* (Higgins, 1997). La depresión ocurre como resultado del fracaso crónico del individuo para lograr sus objetivos establecidos. Durante la terapia, los pacientes revisan su situación, analizan sus creencias y, sobre la base de los resultados,

alteran su estilo de regulación y avanzan hacia una nueva visión de sí mismos. La terapia generalmente consiste entre 20 y 25 sesiones.

- *Terapia psicodinámica a corto plazo* (Hilsenroth et al., 2003). El objetivo de esta terapia es ayudar a los pacientes a comprender que las experiencias pasadas influyen en el funcionamiento actual y analizan el efecto y la expresión de las emociones. La terapia se enfoca en la relación terapéutica, la facilitación de la comprensión, la evitación de temas incómodos y la identificación de temas centrales de relación conflictiva. Por lo general, se combina con tratamiento farmacológico para aliviar los episodios depresivos.
- *Terapia centrada en las emociones, terapia de regulación emocional o terapia experimental de Greenberg*. (Greenberg, 2004). De acuerdo con Greenberg, esta terapia combina elementos de prácticas basadas en el cliente (Rogers, 1961), terapia Gestalt (Perls, Hefferline y Goodman, 1951), la teoría de las emociones y una meta-teoría dialéctica-constructivista. El objetivo es crear un entorno seguro en el que se reduzca la ansiedad del individuo, lo que le permite enfrentar emociones difíciles, aumentar su conciencia de dichas emociones, explorar sus experiencias emocionales con mayor profundidad e identificar respuestas emocionales desadaptativas. La terapia se administra en 8-20 sesiones.
- *Terapia de aceptación y compromiso* (Hayes, 2005). Esta teoría se ha vuelto cada vez más popular en los últimos años y es la terapia contextual o de tercera generación respaldada por la mayor cantidad de evidencia empírica. Se basa en la comprensión de la importancia del lenguaje humano en la experiencia y el comportamiento y tiene como objetivo cambiar la relación que las personas tienen con la depresión y sus propios pensamientos, sentimientos, recuerdos y sensaciones físicas que se temen o evitan. Las estrategias se utilizan para enseñar a los pacientes a disminuir la evitación y las cogniciones negativas,

y para aumentar la consciencia en el presente. El objetivo no es modificar el contenido de los pensamientos del paciente, sino enseñarles cómo cambiar la forma en que los analizan, ya que cualquier intento de corregir los pensamientos puede, paradójicamente, solo servir para intensificarlos (Hayes, 2005).

### III. MÉTODO

#### 3.1. Tipo de investigación

La investigación tuvo un enfoque cuantitativo, debido a que emplea la recolección de datos por medio de un instrumento con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías (Hernández et al., 2010). El tipo o nivel considerado para este estudio es el correlacional ya que solo busca la relación entre las variables de estudio.

Presenta un diseño no experimental de corte transversal, debido a que no se manipula las variables a estudiar y la medición se da en un único momento; de alcance correlacional, ya que la finalidad de la investigación es conocer la relación o grado de asociación que exista entre las variables (Hernández, et., al, 2010).

#### 3.2. Ámbito temporal y espacial

La investigación se llevó a cabo entre los meses de abril a octubre del 2021 considerando el proceso de planificación, desarrollo del proyecto, elaboración y presentación del informe final. Se realizó en la institución educativa John F. Kennedy de Salamanca en el distrito de Ate Vitarte, departamento de Lima, Perú.

#### 3.3. Variables

##### 3.3.1. Regulación emocional

- *Definición conceptual:* Es la habilidad que consiste en la conciencia emocional, claridad emocional, aceptación emocional, control de impulsos, capacidad de participar en un

comportamiento dirigido a objetivos mientras se experimentan emociones negativas, y la capacidad de utilizar estrategias apropiadas para la situación de manera flexible para modular las respuestas emocionales según se desee (Gratz y Roemer, 2004).

- *Definición operacional:* Se define según los puntajes e indicadores de la Escala de Dificultades de Regulación Emocional.

### **3.3.2. Dimensiones de la regulación emocional**

#### **3.3.2.1. Conciencia**

- *Definición conceptual:* Toma de conciencia emocional (Gratz y Roemer, 2004).
- *Definición operacional:* Se define según los puntajes e indicadores de la Escala de Dificultades de Regulación Emocional.

#### **3.3.2.2. Rechazo**

- *Definición conceptual:* No aceptación de las respuestas emocionales (Gratz y Roemer, 2004).
- *Definición operacional:* Se define según los puntajes e indicadores de la Escala de Dificultades de Regulación Emocional.

#### **3.3.2.3. Estrategias**

- *Definición conceptual:* Acceso limitado a estrategias de regulación emocional percibidas como efectivas (Gratz y Roemer, 2004).
- *Definición operacional:* Se define según los puntajes e indicadores de la Escala de Dificultades de Regulación Emocional.



#### **3.3.2.4. Metas**

- *Definición conceptual:* Dificultades en conductas dirigidas a metas cuando se está alterado (Gratz y Roemer, 2004).
- *Definición operacional:* Se define según los puntajes e indicadores de la Escala de Dificultades de Regulación Emocional.

#### **3.3.3. Depresión**

- *Definición conceptual:* La presencia de un estado de ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente la capacidad de funcionamiento del individuo (DSM-5, 2013).
- *Definición operacional:* Se define según los puntajes e indicadores del Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II).

### **3.4. Población y muestra**

#### **3.4.1. Población**

La población la constituyeron 102 estudiantes de ambos sexos 4° y 5° de secundaria pertenecientes a la I.E. N° 1136 John F. Kennedy de Salamanca, en Lima Metropolitana.

#### **3.4.2. Muestra**

Es el subconjunto de estudiantes de la I.E. N° 1136 John F. Kennedy de Salamanca, en Lima Metropolitana, compuesta por 70 alumnos de ambos sexos de las secciones “A” y “B” de 4° de secundaria con un rango de edad de entre 14 y 17.

### **3.4.3. Muestreo**

La muestra fue elegida por muestreo no probabilístico por conveniencia. Asimismo, contó con criterios de inclusión y exclusión.

#### **3.4.3.1. Criterios de inclusión**

- Alumnos matriculados en el 4° y 5 de secundaria.
- Alumnos de entre 14 y 17 años de edad.
- Alumnos con asistencia regular al centro educativo.

#### **3.4.3.2. Criterios de exclusión**

- Alumnos con el 30% de inasistencias a la actividad regular al centro educativo.
- Alumnos con alteraciones senso-perceptivas.

### **3.5. Instrumentos**

#### **3.5.1. Escala de Dificultades en Regulación Emocional (DERS)**

Inicialmente desarrollada por Gratz y Roemer (2004) y luego adaptada a al español. La escala original cuenta con 36 ítems con un formato de respuesta Likert de 5 posiciones. La adaptación española tiene 5 dimensiones y 28 ítems mostrando adecuadas propiedades psicométricas. De esta adaptación al español, Huamani y Saravia (2017), realizaron la validación para adolescentes peruanos, y mediante análisis confirmatorio redujeron el número de dimensiones de la escala, quedando 4 dimensiones: 1) Conciencia, 2) Rechazo, 3) Estrategias y 4) Metas. Asimismo, realizaron una adaptación lingüística en varios ítems. La versión última del DERS tiene 20 ítems. Según los datos encontrados, la escala general y las dimensiones muestran una elevada consistencia interna mediante el alfa de Cronbach. Según

los análisis en la presente investigación, la escala general obtuvo un 0,847 que puede calificarse como altamente confiable, y sus dimensiones obtuvieron: Conciencia, 0,871; Rechazo, 0,922; Estrategia, 0,840; Metas, 0,924; respectivamente.

### **3.5.2. Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)**

Inicialmente desarrollada por Beck et al. (1961) y luego adaptada a al español. La escala abreviada cuenta con 21 ítems con un formato de respuesta Likert de 4 opciones variadas. La puntuación es de 0 a 3 puntos por ítem, dando un puntaje total de 0 a 63. Asimismo, muestra altos índices de consistencia interna. Rodríguez y Farfán (2015) adaptaron la escala a la realidad de adolescentes peruanos. Mediante análisis confirmatorio se encontró dos factores, eliminando los ítems 6 y 21 que no se ajustaban al modelo bifactorial, por lo que quedó la escala modificada con 19 ítems. Según los datos encontrados, la escala general obtuvo un alfa de Cronbach de 0,878, y las dimensiones cognitivo-afectivo y somático motivacional tuvieron un 0,837 y 0,808 respectivamente mostrando así una elevada consistencia interna. En la presente investigación, la escala general tuvo un alfa de Cronbach de 0,907.

### **3.6. Procedimientos**

- La investigación se realizó mediante previa coordinación con la administración de la institución educativa John F. Kennedy de Salamanca.
- Se comunicó al alumnado que se respetará el anonimato de los participantes quienes serán informados previamente del objetivo del estudio.
- Se aplicaron los dos cuestionarios online a los participantes en horarios de tutoría.
- Luego de la recolección y análisis de datos los resultados, se mantuvo la debida confidencialidad.

### **3.7. Análisis de datos**

Para el procesamiento de la información se usó el programa Excel 2010 de Office, para la tabulación de datos, y posteriormente se usó el paquete estadístico SPSS 23 para su análisis. Los datos son presentados mediante estadísticos descriptivos, con tablas de frecuencias y porcentajes, y fueron analizados mediante estadísticos inferenciales. Para la comprobación de hipótesis se utilizó un nivel de significancia de 0,05.

## IV. RESULTADOS

### 4.1. Estadísticos descriptivos de las variables

A continuación, se presentan las tablas y gráficos correspondientes a los datos descriptivos de la muestra y las variables estudiadas.

**Tabla 1**

*Frecuencias y porcentajes de la muestra según género*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Femenino	34	48,6	48,6	48,6
	Masculino	36	51,4	51,4	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

*Nota:* En la tabla 1, se observa las frecuencias y porcentajes de la muestra estudiada categorizada por género. Se estudiaron 70 sujetos en total de los cuales 34 fueron mujeres y 36 varones. Estos números representaron un 48,6% y 51,4% respectivamente.

**Tabla 2**

*Frecuencias y porcentajes de la muestra según edad*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	15 años	19	27,1	27,1	27,1
	16 años	43	61,4	61,4	88,6
	17 años	8	11,4	11,4	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

*Nota:* En la tabla 2, se observa las frecuencias y porcentajes de la muestra estudiada categorizada por edad. Se observaron que los estudiantes de 15 años representaron el 27,1%

(19), los de 16 años, que fueron la mayoría, representaron el 61,4% (43), y los de 17 años representaron el 11,4% (8).

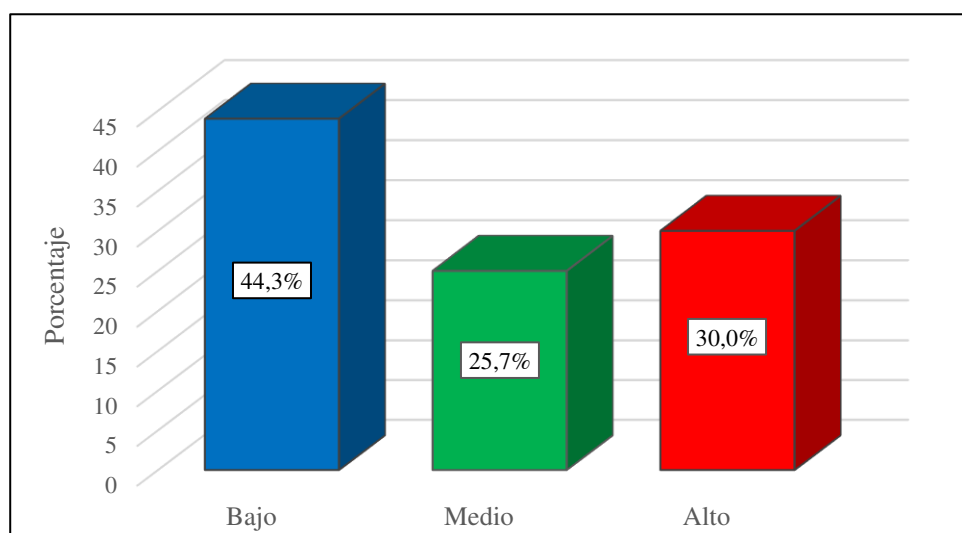
**Tabla 3**

*Frecuencias y porcentajes de los niveles de Regulación Emocional*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	31	44,3	44,3	44,3
	Medio	18	25,7	25,7	70,0
	Alto	21	30,0	30,0	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

**Figura 1**

*Porcentajes de los niveles del Regulación Emocional*



*Nota:* En la tabla 3 y en la figura 1, se observan las frecuencias y porcentajes de los niveles de Regulación Emocional en la muestra estudiada. En el nivel Bajo se encontraron 31 personas que representaron el 44,3%, en el nivel Medio se encontraron 18 correspondientes al 25,7%, y

en el nivel Alto se encontraron 21 sujetos que representaron el 30%. Se observa que el nivel predominante fue el Bajo.

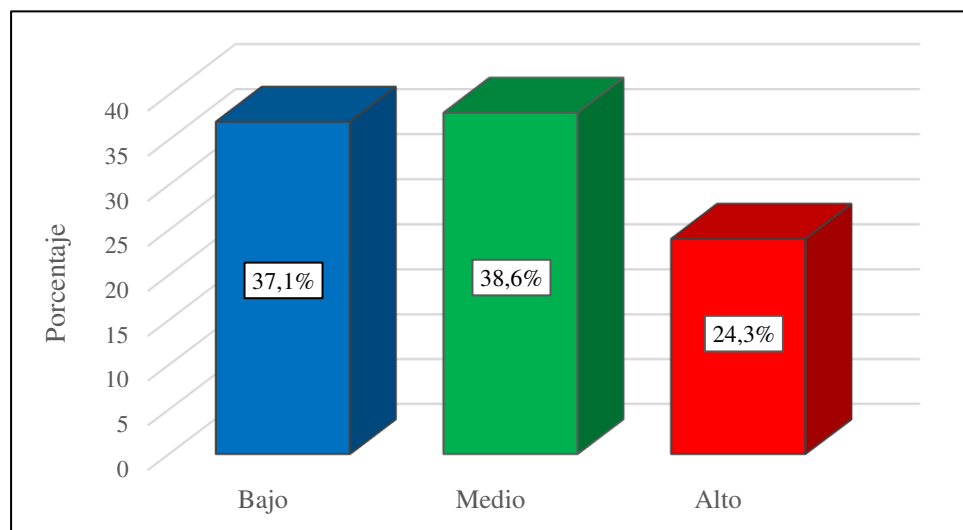
**Tabla 4**

*Frecuencias y porcentajes de los niveles de la dimensión Conciencia*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	26	37,1	37,1	37,1
	Medio	27	38,6	38,6	75,7
	Alto	17	24,3	24,3	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

**Figura 2**

*Porcentajes de los niveles de la dimensión Conciencia*



*Nota:* En la tabla 4 y en la figura 2, se observan las frecuencias y porcentajes de los niveles de la dimensión Conciencia de la Regulación emocional en la muestra estudiada. En el nivel Bajo se encontraron 26 personas que representaron el 37,1%, en el nivel Medio se encontraron 27

correspondientes al 38,6%, y en el nivel Alto se encontraron 17 sujetos que representaron el 27,3%. Se observa que el nivel predominante fue el Medio.

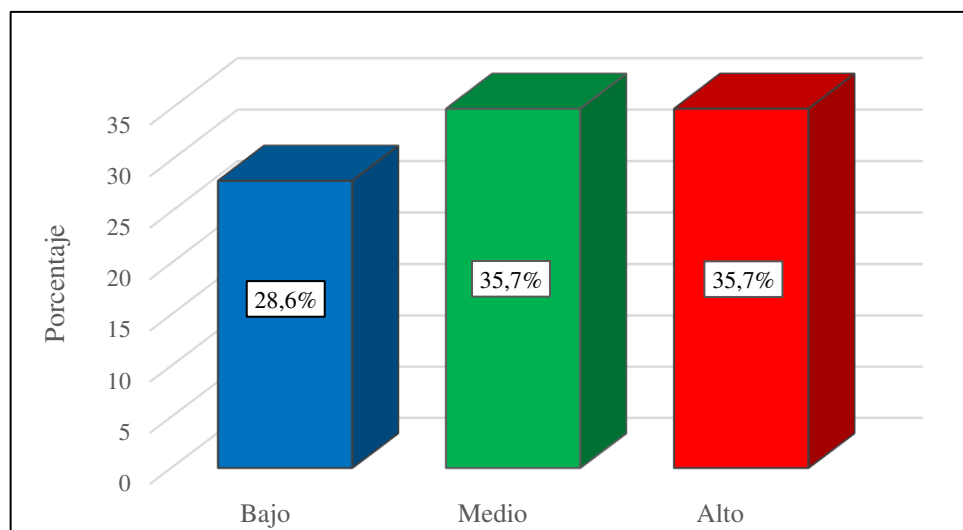
**Tabla 5**

*Frecuencias y porcentajes de los niveles de la dimensión Rechazo*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	20	28,6	28,6	28,6
	Medio	25	35,7	35,7	64,3
	Alto	25	35,7	35,7	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

**Figura 3**

*Porcentajes de los niveles de la dimensión Rechazo*



*Nota:* En la tabla 5 y en la figura 3, se observan las frecuencias y porcentajes de los niveles de la dimensión Rechazo de la Regulación emocional en la muestra estudiada. En el nivel Bajo se encontraron 20 personas que representaron el 28,6%, y tanto en el nivel Medio como en el nivel



Alto se encontraron 25 correspondientes al 35,7%. Se observa que el nivel predominante fue el Medio y Alto por igual.

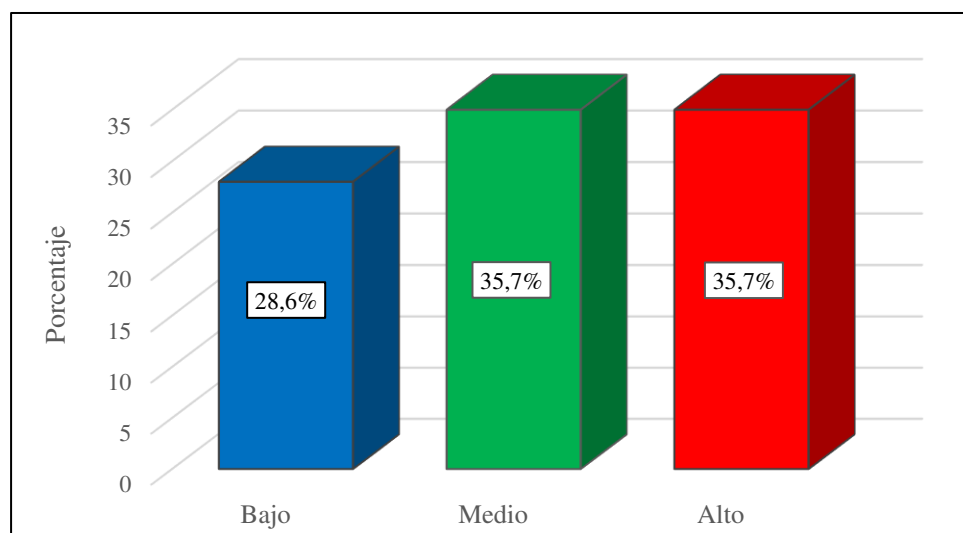
**Tabla 6**

*Frecuencias y porcentajes de los niveles de la dimensión Estrategias*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	20	28,6	28,6	28,6
	Medio	25	35,7	35,7	64,3
	Alto	25	35,7	35,7	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

**Figura 4**

*Porcentajes de los niveles de la dimensión Estrategias*



*Nota:* En la tabla 6 y en la figura 4, se observan las frecuencias y porcentajes de los niveles de la dimensión Estrategias de la Regulación emocional en la muestra estudiada. En el nivel Bajo se encontraron 20 personas que representaron el 28,6%, y tanto en el nivel Medio como en el

nivel Alto se encontraron 25 correspondientes al 35,7%. Se observa que el nivel predominante fue el Medio y Alto por igual.

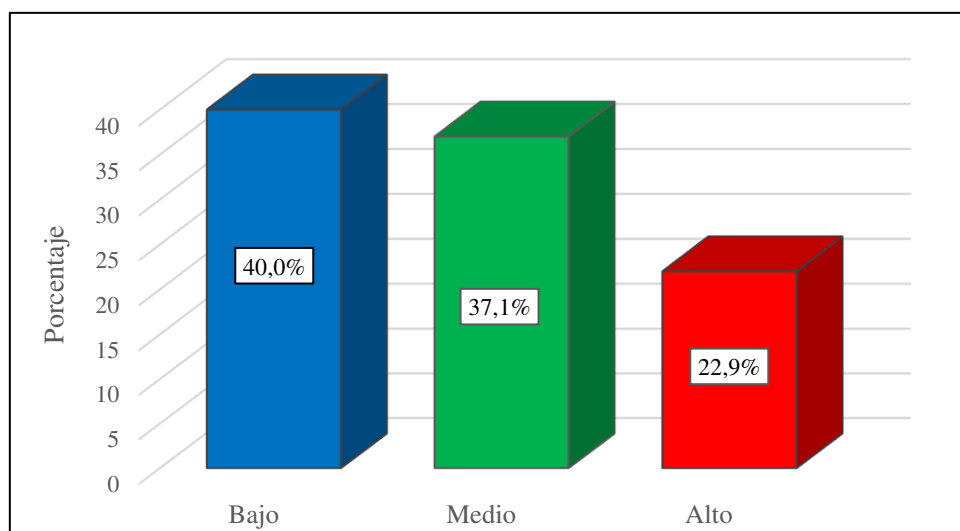
**Tabla 7**

*Frecuencias y porcentajes de los niveles de la dimensión Metas*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	28	40,0	40,0	40,0
	Medio	26	37,1	37,1	77,1
	Alto	16	22,9	22,9	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

**Figura 5**

*Porcentajes de los niveles de la dimensión Metas*



*Nota:* En la tabla 7 y en la figura 5, se observan las frecuencias y porcentajes de los niveles de la dimensión Metas de la Regulación emocional en la muestra estudiada. En el nivel Bajo se encontraron 28 personas que representaron el 40%, en el nivel Medio se encontraron 26

correspondientes al 37,1%, y en el nivel Alto se encontraron 16 sujetos que representaron el 22,9%. Se observa que el nivel predominante fue el Bajo.

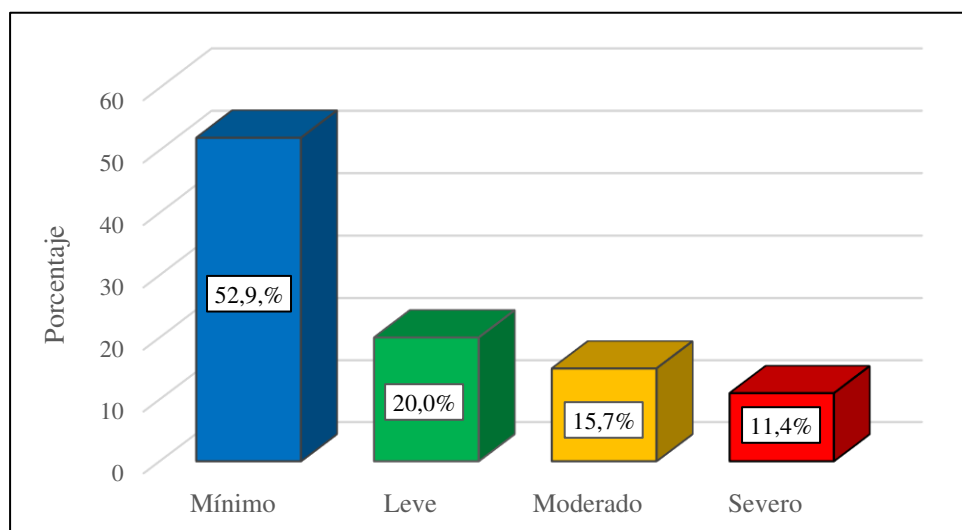
**Tabla 8**

*Frecuencias y porcentajes de los niveles de Depresión*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Mínimo	37	52,9	52,9	52,9
	Leve	14	20,0	20,0	72,9
	Moderado	11	15,7	15,7	88,6
	Severo	8	11,4	11,4	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

**Figura 6**

*Porcentajes de los niveles de Depresión*



*Nota:* En la tabla 8 y en la figura 6, se observan las frecuencias y porcentajes de los niveles de Depresión en la muestra estudiada. En el nivel Mínimo se encontraron 37 personas que representaron el 52,9%, en el nivel Leve se encontraron 14 correspondientes al 20%, en el nivel

Moderado se encontraron 11 sujetos que representaron el 15,7%, y en el nivel Severo se encontraron 8 que representaron el 11,4%. Se observa que el nivel predominante fue el Mínimo.

**Tabla 9**

*Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov para la Regulación Emocional y la Depresión*

		Regulación Emocional	Depresión
N		70	70
Parámetros normales	Media	29,76	11,43
	Desviación estándar	18,687	9,498
Máximas diferencias extremas	Absoluta	,121	,114
	Positivo	,121	,108
	Negativo	-,062	-,114
Estadístico de prueba		,121	,114
Sig. asintótica (bilateral)		,013	,024

*Nota:* En la tabla 9, se observa la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov para los puntajes totales de Regulación Emocional y Depresión en la muestra estudiada. Para la regulación emocional el p-valor es de 0,013, y para la depresión es de 0,024.

En ambos casos el p-valor es menor a 0,05 por lo que se concluye que la muestra para ambos puntajes totales no tiene una distribución normal. Debido a esto, se decide tomar el estadístico Rho de Spearman para las correlaciones.

## 4.2. Estadísticos inferenciales de las variables

A continuación se presentan las tablas correspondientes a las correlaciones entre las variables de estudio con su respectiva comprobación de hipótesis.

### 4.2.1. Prueba de hipótesis

#### a) Hipótesis general

- $H_0$ : No existe una relación significativa entre la regulación emocional y la depresión en adolescentes una institución educativa estatal de Ate Vitarte, Lima, 2021.
- $H_1$ : Existe una relación significativa entre la regulación emocional y la depresión en adolescentes una institución educativa estatal de Ate Vitarte, Lima, 2021.

**Tabla 10**

*Relación entre Regulación Emocional y Depresión*

			Regulación Emocional	Depresión
Rho de Spearman	Regulación	Coefficiente de correlación	1,000	-,794**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	70	70
Depresión		Coefficiente de correlación	-,794**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	70	70

*Nota:* En la tabla 10, se presenta la relación entre la Regulación Emocional y Depresión. El análisis estadístico se realizó mediante el coeficiente de correlación Rho de Spearman que arrojó un valor de -,794 con un p-valor de ,000. Dado que el p-valor es menor al nivel de significancia ( $p < 0,05$ ) se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna. Entonces, se

determina que existe una relación significativa entre la Regulación Emocional y la Depresión en adolescentes de una Institución Educativa estatal de Ate Vitarte, Lima, 2021, siendo esta relación inversa y fuerte.

### b) Hipótesis específica 1

- H<sub>0</sub>: No existe una relación significativa entre la dimensión Conciencia de la Regulación Emocional y la Depresión en adolescentes de una Institución Educativa estatal de Ate Vitarte, Lima, 2021.
- H<sub>2</sub>: Existe una relación significativa entre la dimensión Conciencia de la Regulación Emocional y la Depresión en adolescentes de una Institución Educativa estatal de Ate Vitarte, Lima, 2021.

**Tabla 11**

*Relación entre la dimensión Conciencia y Depresión*

			Conciencia	Depresión
Rho de Spearman	Conciencia	Coefficiente de correlación	1,000	-,616**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	70	70
	Depresión	Coefficiente de correlación	-,616**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	70	70

*Nota:* En la tabla 11, se presenta la relación entre la dimensión Conciencia de la Regulación Emocional y Depresión. El análisis estadístico se realizó mediante el coeficiente de correlación Rho de Spearman que arrojó un valor de -,616 con un p-valor de ,000. Dado que el p-valor es menor al nivel de significancia ( $p < 0,05$ ) se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna. Entonces, se determina que existe una relación significativa entre la dimensión

Conciencia de la Regulación Emocional y la Depresión en adolescentes de una Institución Educativa estatal de Ate Vitarte, Lima, 2021, siendo esta relación inversa y fuerte.

### c) Hipótesis específica 2

- H<sub>0</sub>: No existe una relación significativa entre la dimensión Rechazo de la Regulación Emocional y la Depresión en adolescentes de una Institución Educativa estatal de Ate Vitarte, Lima, 2021.
- H<sub>3</sub>: Existe una relación significativa entre la dimensión Rechazo de la Regulación Emocional y la Depresión en adolescentes de una Institución Educativa estatal de Ate Vitarte, Lima, 2021.

**Tabla 12**

*Relación entre la dimensión Rechazo y Depresión*

			Rechazo	Depresión
Rho de Spearman	Rechazo	Coefficiente de correlación	1,000	,654**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	70	70
	Depresión	Coefficiente de correlación	,654**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	70	70

*Nota:* En la tabla 12, se presenta la relación entre la dimensión Rechazo de la Regulación Emocional y Depresión. El análisis estadístico se realizó mediante el coeficiente de correlación Rho de Spearman que arrojó un valor de -,654 con un p-valor de ,000. Dado que el p-valor es menor al nivel de significancia ( $p < 0,05$ ) se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna. Entonces, se determina que existe una relación significativa entre la dimensión Rechazo de la Regulación Emocional y la Depresión en adolescentes de una Institución Educativa estatal de Ate Vitarte, Lima, 2021, siendo esta relación inversa y fuerte.

### d) Hipótesis específica 3

- H<sub>0</sub>: No existe una relación significativa entre la dimensión Estrategias de la Regulación Emocional y la Depresión en adolescentes de una Institución Educativa estatal de Ate Vitarte, Lima, 2021.
- H<sub>4</sub>: Existe una relación significativa entre la dimensión Estrategias de la Regulación Emocional y la Depresión en adolescentes de una Institución Educativa estatal de Ate Vitarte, Lima, 2021.

**Tabla 13**

*Relación entre la dimensión Estrategias y Depresión*

			Estrategias	Depresión
Rho de Spearman	Estrategias	Coefficiente de correlación	1,000	-,750**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	70	70
	Depresión	Coefficiente de correlación	-,750**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	70	70

*Nota:* En la tabla 13, se presenta la relación entre la dimensión Estrategias de la Regulación Emocional y Depresión. El análisis estadístico se realizó mediante el coeficiente de correlación Rho de Spearman que arrojó un valor de -,750 con un p-valor de ,000. Dado que el p-valor es menor al nivel de significancia ( $p < 0,05$ ) se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna. Entonces, se determina que existe una relación significativa entre la dimensión Estrategias de la Regulación Emocional y la Depresión en adolescentes de una Institución Educativa estatal de Ate Vitarte, Lima, 2021, siendo esta relación inversa y fuerte.



#### e) Hipótesis específica 4

- H<sub>0</sub>: No existe una relación significativa entre la dimensión Metas de la Regulación Emocional y la Depresión en adolescentes de una Institución Educativa estatal de Ate Vitarte, Lima, 2021.
- H<sub>5</sub>: Existe una relación significativa entre la dimensión Metas de la Regulación Emocional y la Depresión en adolescentes de una Institución Educativa estatal de Ate Vitarte, Lima, 2021.

**Tabla 14**

*Relación entre la dimensión Metas y Depresión*

			Metas	Depresión
Rho de Spearman	Metas	Coefficiente de correlación	1,000	-,625**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	70	70
	Depresión	Coefficiente de correlación	-,625**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	70	70

*Nota:* En la tabla 14, se presenta la relación entre la dimensión Metas de la Regulación Emocional y Depresión. El análisis estadístico se realizó mediante el coeficiente de correlación Rho de Spearman que arrojó un valor de -,625 con un p-valor de ,000. Dado que el p-valor es menor al nivel de significancia ( $p < 0,05$ ) se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna. Entonces, se determina que existe una relación significativa entre la dimensión Metas de la Regulación Emocional y la Depresión en adolescentes de una Institución Educativa estatal de Ate Vitarte, Lima, 2021, siendo esta relación inversa y fuerte.

## V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La presente investigación tuvo como objetivo principal determinar la relación entre la regulación emocional y la depresión en adolescentes de una institución educativa estatal de Ate Vitarte, Lima, 2021. Para ello, se realizó la correlación entre ambas variables usando el estadístico Rho de Spearman, que nos arrojó un coeficiente de -0,794 y un p-valor de 0,000 que nos indica una relación muy significativa, inversa y fuerte, entre la regulación emocional y la depresión.

Es decir, existe relación entre la presencia de un estado de ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente la capacidad de funcionamiento del individuo y la habilidad del adolescente que consiste en la conciencia emocional, claridad emocional, aceptación emocional, control de impulsos, capacidad de participar en un comportamiento dirigido a objetivos mientras se experimentan emociones negativas, y la capacidad de utilizar estrategias apropiadas para la situación de manera flexible para modular las respuestas emocionales según se desee.

La relación encontrada es muy significativa, negativa y fuerte, tanto en la variable principal de regulación emocional como en sus dimensiones, con la depresión. En este sentido, se puede comparar los resultados con estudios previos en variables similares, aunque de manera indirecta. Lamentablemente no se han encontrado estudios internacionales o nacionales que correlacionen ambas variables en población adolescente.

Los estudios previos a nivel internacional suelen centrarse en determinadas estrategias de regulación emocional y su efecto en la depresión. Por ejemplo, Andrés et al. (2017) encontraron que la rumiación y la distracción se relacionaban con la depresión en adultos. De igual forma, Barraza et al. (2017) encontraron que la claridad emocional se relaciona con

depresión en universitarios. Y, por último, Andrés et al. (2016) encontraron que la reevaluación cognitiva y supresión se relacionaba con depresión en niños.

En estas investigaciones, se determina la relación entre la depresión y estrategias particulares de regulación emocional en distintas poblaciones. Sin embargo, no se encontraron investigaciones que analicen esta relación en población adolescente. De esta forma, solo pueden compararse los resultados parcialmente, aunque la noción de que ambas variables se correlacionan parece darse en todas las etapas de la vida.

Asimismo, otras investigaciones internacionales no se centraron en específico en las estrategias sino en la funcionalidad de estas. En este sentido, se observa una relación significativa entre regulación emocional desadaptativa y depresión en adultos (Aonso, 2018; Navarro, 2018). Sin embargo, a pesar de que Aonso (2018), en una investigación nacional, encontró relación entre la depresión y estrategias desadaptativas de regulación emocional, no encontró relación con las estrategias adaptativas como la aceptación, poner en perspectiva, focalización en los planes y reevaluación cognitiva.

En cuanto a investigaciones nacionales, es aún más complicado comparar rigurosamente los resultados de la presente investigación. Esto se da por la ausencia de estudios sobre la regulación emocional correlacionándola con la depresión. Sin embargo, si existen variables similares a la regulación emocional, como la inteligencia emocional (Quijano, 2018; Urcos, 2014) o estrategias de afrontamiento (Pérez, 2015) que se relacionen con sintomatología depresiva. A diferencia de las investigaciones internacionales estas investigaciones se centran en adolescentes y se observa también una relación significativa en las variables mencionadas.

En suma, los estudios previos internacionales y nacionales, nos arrojan resultados consistentes, existe una relación significativa entre la regulación emocional y variables similares, con la depresión, concordando con los resultados encontrados en la presente

investigación. Además, concuerda con lo descrito por Joormann y Vanderlind (2014) quienes señalan que las personas deprimidas utilizan estrategias de regulación emocional ineficaces y no implementan estrategias efectivas. Como resultado, las personas con depresión tienen dificultades para reducir el estado de ánimo deprimido o la tristeza.

En cuanto a los objetivos específicos de la investigación, se determinó una relación muy significativa ( $p < 0,01$ ) y fuerte entre cada una de ellas y la depresión: Conciencia (-0,616), Rechazo (0,654), Estrategias (-0,750), y Metas (-0,625). Estas dimensiones, dentro de la conceptualización tomada de la regulación emocional definida como una habilidad, tienen una fuerza de correlación bastante consistente y todas con un p-valor de (0,000). De esta forma, nos da la noción de ser procesos complementarios que probablemente influyan en la selección y la implementación exitosa de estrategias de regulación emocional (Tull y Aldao, 2015).

Entonces, tomar consciencia de la emoción y etiquetarla, no intentar rechazar cognitiva ni fisiológicamente tal emoción, elegir estrategias funcionales a pesar del malestar ocasionado y seguir actuando según metas, se relaciona con la depresión en adolescentes. Por tanto, este estudio indica que la habilidad general de regulación emocional y sus procesos implicados están negativamente asociados con el desarrollo de sintomatología depresiva. En conjunto, si bien el alcance de esta investigación no es determinar la causalidad, hay razones para considerar la regulación de las emociones como un factor que contribuye al desarrollo y mantenimiento de la depresión.

## VI. CONCLUSIONES

- Se determina que existe una relación significativa entre la Regulación emocional y la Depresión en adolescentes una Institución Educativa estatal de Ate Vitarte, Lima, 2021 ( $\rho = -0,794$ ;  $p = 0,000$ ).
- Se determina que existe una relación significativa entre la dimensión Conciencia de la Regulación emocional y la Depresión en adolescentes una Institución Educativa estatal de Ate Vitarte, Lima, 2021 ( $\rho = -0,616$ ;  $p = 0,000$ ).
- Se determina que existe una relación significativa entre la dimensión Rechazo de la Regulación emocional y la Depresión en adolescentes una Institución Educativa estatal de Ate Vitarte, Lima, 2021 ( $\rho = 0,654$ ;  $p = 0,000$ ).
- Se determina que existe una relación significativa entre la dimensión Estrategias de la Regulación emocional y la Depresión en adolescentes una Institución Educativa estatal de Ate Vitarte, Lima, 2021 ( $\rho = -0,750$ ;  $p = 0,000$ ).
- Se determina que existe una relación significativa entre la dimensión Metas de la Regulación emocional y la Depresión en adolescentes una Institución Educativa estatal de Ate Vitarte, Lima, 2021 ( $\rho = -0,625$ ;  $p = 0,000$ ).

## VII. RECOMENDACIONES

- Realizar investigaciones relacionando ambas variables en población adolescente en distintos contextos para comparar los resultados teniendo en cuenta una mayor cantidad de factores que intervengan posiblemente.
- Implementar estudios con diseños experimentales con un control riguroso de las variables para obtener resultados con suficiente validez empírica, y según estos resultados, crear programas de prevención e intervención basados en la evidencia.
- Desarrollar, desde la institución educativa donde se desarrolló la investigación, acciones psicoeducativas de información y formación sobre la importancia de la regulación emocional y su implicancia en el desarrollo de psicopatología en los adolescentes. Por fines prácticos y de conveniencia, esto debe realizarse a nivel individual y familiar dentro de la institución educativa.
- Difundir la información mediante la publicación de los resultados de la presente investigación a las entidades académicas y comunidad científica.

## VIII. REFERENCIAS

- Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P. y Teasdale, J.D. (1978). Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87(1), 49-74. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.87.1.49>
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E. y Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment*. Erlbaum.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S. y Schweizer, S. (2010). Emotion regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217-237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- American Psychiatric Association (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5° ed.). Editorial Médica Panamericana.
- American Psychological Association, Society of Clinical Psychology (2017). *Depression*. <http://www.div12.org/psychologicaltreatments/disorders/depression/>
- Andrés, M.L., Canet, L., Castañeiras, C.E. y Richaud, M.C. (2016). Relaciones de la regulación emocional y la personalidad con la ansiedad y depresión en niños. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 34(1), 99-115. <http://doi.org/10.12804/apl34.1.2016.07>
- Andrés, M.L., Espínola, S.S. y Rodríguez, M.F. (2017). Estrategias cognitivas de regulación emocional y síntomas de depresión en estudiantes universitarios: Diferencias por género y tipo de carrera. Resultados preliminares. *Akadèmeia*, 16(1), 113-130.
- Aonso, G. (2018). *Análisis de la regulación emocional en pacientes con trastornos emocionales en atención primaria*. (Tesis de Maestría). Universidad de Oviedo.
- Areán, P.A. (2000). Terapia de solución de problemas para la depresión: Teoría, investigación y aplicaciones. *Psicología Conductual*, 8(3), 547-559.

- Avenevoli, S. y Steinberg, L. (2001). The continuity of depression across the adolescent transition. *Advances in Child Development and Behavior*, 28(1), 139-173. [http://doi.org/10.1016/s0065-2407\(02\)80064-7](http://doi.org/10.1016/s0065-2407(02)80064-7)
- Bandura, A. (1977). Social learning theory of aggression. *Journal of Communication*, 28(3), 12-29. <http://doi.org/10.1111/j.1460-2466.1978.tb01621.x>
- Barraza, R.J., Muñoz, N.A. y Behrens, C.C. (2017). Relación entre inteligencia emocional y depresión-ansiedad y estrés en estudiantes de medicina de primer año. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 55(1), 18-25. <http://doi.org/10.4067/S0717-92272017000100003>.
- Bechara, A., Damasio, H. y Damasio, A.R. (2000). Emotion, decision making and the orbitofrontal cortex. *Cerebral Cortex*, 10(3), 295-307. <http://doi.org/10.1093/cercor/10.3.295>
- Beck, A.T. (1987). *Cognitive models of depression*. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1(1), 5-37.
- Beck, A.T. y Alford, B.A. (2009). *Depression: Causes and treatment* (2° ed.). University of Pennsylvania Press.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). Cognitive therapy of depression. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 36(2), 272-275. <http://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2002.t01-4-01015.x>
- Bernaras, E, Jaureguizar, J. y Garaigordobil, M. (2019). Child and adolescent depression: A review of theories, evaluation instruments, prevention programs, and treatments. *Frontiers in Psychology*, 10(1), 543. <http://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00543>



- Bernaras, E., Jaureguizar, J., Soroa, M., Ibabe, I. y De las Cuevas, M.C. (2013). Evaluación de la sintomatología depresiva en el contexto escolar y variables asociadas. *Anales de Psicología*, 29(1), 131-140. <http://doi.org/10.6018/analesps.29.1.137831>
- Best, J.R., Miller, P.H. y Jones, L.L. (2009). Executive functions after age 5: Changes and correlates. *Developmental Review*, 29(3), 180-200. <http://doi.org/10.1016/j.dr.2009.05.002>
- Birmaher, B., Ryan, N.D., Williamson, D E., Brent, D. A., Kaufman, J. y Dahl, R.E. (1996). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(11), 1427-1439. <http://doi.org/10.1097/00004583-199611000-00011>
- Blair, C. (2002). School readiness: Integrating cognition and emotion in a neurobiological conceptualization of children's functioning at school entry. *American Psychologist*, 57(2), 111-127. <http://doi.org/10.1037/0003-066X.57.2.111>
- Blatt, S.J. (2004). *Experiences of depression: Theoretical, clinical, and research perspectives*. American Psychological Association.
- Block-Lerner, J., Wulfert, E. y Moses, E. (2009). ACT in context: An exploration of experiential acceptance. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(4), 443-456. <http://doi.org/10.1016/j.cbpra.2009.04.005>
- Bohman, H., Jonsson, U., Von Knorring, A.L., Von Knorring, L., Päären, A. y Olsson, G. (2010). Somatic symptoms as a marker for severity in adolescent depression. *Acta Paediatrica*, 99(11), 1724-1730. <http://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2010.01906.x>
- Bonanno, G.A., Papa, A., Lalande, K., Westphal, M. y Coifman, K. (2004). The importance of being flexible: The ability to enhance and suppress emotional expression predicts long-

term adjustment. *Psychological Science*, 15(7), 482-487. <http://doi.org/10.1111/j.0956-7976.2004.00705.x>

Bowlby, J. (1976). *Attachment and loss: La separación afectiva*. Paidós.

Bowlby, J. (1988). Developmental psychiatry comes of age. *The American Journal of Psychiatry*, 145(1), 1-10. <http://doi.org/10.1176/ajp.145.1.1>

Branchi, I. (2011). The double edged sword of neural plasticity: Increasing serotonin levels leads to both greater vulnerability to depression and improved capacity to recover. *Psychoneuroendocrinology*, 36(3), 339-351. <http://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2010.08.011>

Brodbeck, J., Bachmann, M.S., Croudace, T.J. y Brown, A. (2012). Comparing growth trajectories of risk behaviors from late adolescence through young adulthood: An accelerated design. *Developmental Psychology*, 49(9), 1732-1738. <http://doi.org/10.1037/a0030873>.

Brody, L.R. (1997). Gender and emotion: Beyond stereotypes. *Journal of Social Issues*, 53(2), 369-393. <http://doi.org/10.1111/0022-4537.00022>

Butler, E.A., Lee, T.L. y Gross, J.J. (2007). Emotion regulation and culture: are the social consequences of emotion suppression culture specific? *Emotion*, 7(1), 30-48. <http://doi.org/10.1037/1528-3542.7.1.30>

Byrne, B.M., Baron, P. y Campbell, T.L. (1993). Measuring adolescent depression: Factorial validity and invariance of the Beck Depression Inventory across gender. *Journal of Research on Adolescence*, 3(2), 127-143. [http://doi.org/10.1207/s15327795jra0302\\_2](http://doi.org/10.1207/s15327795jra0302_2)

Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A. y Hofmann, S. G. (2006). Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and

- mood disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 44(9), 1251–1263.  
<http://doi.org/10.1016/j.brat.2005.10.001>
- Campbell-Sills, L., Barlow, D.H., Brown, T.A. y Hofmann, S.G. (2006). Acceptability and suppression of negative emotion in anxiety and mood disorders. *Emotion*, 6(4), 587-595. <http://doi.org/10.1037/1528-3542.6.4.587>
- Canli, T., Ferri, J. y Dunman, E.A. (2009). Genetics of emotion regulation. *Neuroscience*, 164(1), 43-54. <http://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2009.06.049>.
- Caspi, A., Hariri, A.R., Holmes, A., Uher, R. y Moffitt, T.E. (2010). Genetic sensitivity to the environment: The case of the serotonin transporter gene and its implications for studying complex diseases and traits. *American Journal of Psychiatry*, 167(5), 509-527.  
<http://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09101452>
- Casullo, M.M. (2001). Depresión y suicidio en la adolescencia. En C. Saldaña (Ed.), *Detección y prevención en el aula de los problemas del adolescente* (pp. 83-99). Pirámide.
- Centros para el Control de Enfermedades y Prevención (2012). Preventing Suicide.  
<https://www.cdc.gov/violenceprevention/suicide/>
- Clark, M.S., Jansen, K.L. y Cloy, J.A. (2012). Treatment of childhood and adolescent depression. *American Family Physician*, 86(5), 442-448.
- Cole, P.M. (2014). Moving ahead in the study of the development of emotion regulation. *International Journal of Behavioral Development*, 38(2), 203-207.  
<http://doi.org/10.1177/0165025414522170>.
- Cole, P.M., Michel, M.K. y Teti, L.O. (1994). The development of emotion regulation and dysregulation: A clinical perspective. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 73-100, 250-283. <http://doi.org/10.2307/1166139>

- Copeland, W.E., Shanahan, L., Costello, E.J. y Angold, A. (2009). Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders. *Archives of General Psychiatry*, 66(7), 764-772. <http://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.85>
- Cramer, P. (2000). Defense mechanisms in psychology today: Further processes for adaptation. *American Psychologist*, 55(6), 637-646. <http://doi.org/10.1037/0003-066X.55.6.637>
- Cui, L., Morris, A.S., Criss, M.M., Houlberg, B.J. y Silk, J.S. (2014). Parental psychological control and adolescent adjustment: The role of adolescent emotion regulation. *Parenting*, 14(1), 47-67. <http://doi.org/10.1080/15295192.2014.880018>
- Curley, J., Jensen, C.L., Mashoodh, R. y Campagne, F.A. (2011). Social influences on neurobiology and behavior: epigenetic: Effects during development. *Psychoneuroendocrinology* 36(1), 352-371. <http://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2010.06.005>
- Cyranowski, J.M, Frank, E, Young, E. y Shear, M.K. (2000). Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression: A theoretical model. *Archives of General Psychiatry*, 57(1), 21-27. <http://doi.org/10.1001/archpsyc.57.1.21>
- D' Acunha, D.P. (2019). *Sintomatología depresiva y ansiosa y regulación emocional en adultos que realizan ejercicio físico* (Tesis de Licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, PUCP.
- Davey, C.G., Yucel, M. y Allen, N.B. (2008). The emergence of depression in adolescence: Development of the prefrontal cortex and the representation of reward. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 32(1), 1-19. <http://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2007.04.016>

- Davidson, R.J. (1988). Affective style and affective disorders: Perspectives from affective neuroscience. *Cognition and Emotion*, 12(3), 307-330.  
<http://doi.org/10.1080/026999398379628>
- Dean, J. y Keshavan, M. (2017). The neurobiology of depression: An integrative view. *Asian Journal of Psychiatry*, 27(1), 101-111. <http://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.01.025>
- Deutschendorf, H. (2009). *The other kind of smart: simple ways to boost your emotional intelligence for greater personal effectiveness and success*. AMACOM.
- Diedrich, A., Grant, M., Hofmann, S.G., Hiller, W. y Berking, M. (2014). Self-compassion as an emotion regulation strategy in major depressive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 58(1), 43-51. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2014.05.006>
- Donaldson, C., Lam, D. y Mathews, A. (2007). Rumination and attention in major depression. *Behaviour Research and Therapy*, 45(11), 2664-2678.  
<http://doi.org/10.1016/j.brat.2007.07.002>
- Donges, U.S., Kersting, A., Dannlowski, U., Lalee-Mentzel, J., Arolt, V. y Suslow, T. (2005). Reduced awareness of others' emotions in unipolar depressed patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(5), 331-337.  
<http://doi.org/10.1097/01.nmd.0000161683.02482.19>
- Eisenberg, N. y Spinrad, T.L. (2004). Emotion-related regulation: Sharpening the definition. *Child development*, 75(2), 334-339. <http://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00674.x>
- Eisenberg, N., Hofer, C. y Vaughan, J. (2007). Effortful Control and Its Socioemotional Consequences. En J.J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 287-306). The Guilford Press.

- Eisenberg, N., Spinrad, T.L. y Eggum, N.D. (2010). Emotion-related self-regulation and its relation to children's maladjustment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6(1), 495-525. <http://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131208>
- Ekman P. (1972). Universals and cultural differences in facial expression of emotion. En P.M. Cole (Ed.), *Nebraska symposium on motivation* (pp. 207-283). University of Nebraska Press Lincoln.
- Ekman, P. (1992). An argument for basic emotions. *Cognition and Emotion*, 6(3-4), 169-200. <http://doi.org/10.1080/02699939208411068>
- Ekman, P. y Cordaro, D. (2011). What is meant by calling emotions basic? *Emotion Review*, 3(4), 364-370. <http://doi.org/10.1177/1754>
- Ekman, P., Sorenson, E.R. y Friesen, W.V. (1969). Pan-cultural elements in facial displays of emotion. *Science*, 164(3), 86-88. <http://10.1126/science.164.3875.86>
- Eley, T.C., Lichtenstein, P. y Stevenson, J. (1999). Sex differences in the etiology of aggressive and nonaggressive antisocial behavior: Results from two twin studies. *Child Development*, 70(1), 155-168. <http://doi.org/10.1111/1467-8624.00012>
- Elliot, A.J., McGregor, H.A. y Gable, S. (1999). Achievement goals, study strategies, and exam performance: A mediational analysis. *Journal of Educational Psychology*, 91(3), 549-563. <http://doi.org/10.1037/0022-0663.91.3.549>.
- Ellis, A. (1994). *Reason and Emotion in Psychotherapy*. Birch Lane.
- Emslie, G., Mayes, T.L y Ruberu, M. (2005). Continuation and maintenance therapy of early-onset major depressive disorder. *Pediatric Drugs*, 7(4), 203-217. <http://doi.org/10.2165/00148581-200507040-00001>

- Evans, C.A. y Porter, C.L. (2009). The emergence of mother–infant co-regulation during the first year: Links to infants' developmental status and attachment. *Infant Behavior and Development*, 32(2), 147-158. <http://doi.org/10.1016/j.infbeh.2008.12.005>
- Eysenck M.W. (1992). *Anxiety: The cognitive perspective*. Erlbaum.
- Eysenck M.W. (2000). A cognitive approach to trait anxiety. *European Journal of Personality*, 14(5), 463-476. [http://doi.org/10.1002/1099-0984\(200009/10\)14:5<463::AID-PER393>3.0.CO;2-3](http://doi.org/10.1002/1099-0984(200009/10)14:5<463::AID-PER393>3.0.CO;2-3)
- Fabes, R.A. y Martin, C.L. (1991). Gender and age stereotypes of emotionality. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 17(5), 532-540. <http://doi.org/10.1177/0146167291175008>
- Farb, N.A.S., Anderson, A.K., Irving, J.A. y Segal, Z.V. (2014). Mindfulness interventions and emotion regulation. En J.J. Gross, *Handbook of Emotion Regulation* (2° ed.) (pp. 548-567). The Guilford Press.
- Fergusson, D.M. y Woodward, L.J. (2002). Mental health, educational, and social role outcomes of adolescents with depression. *Archives of General Psychiatry*, 59(3), 225-231. <http://doi.org/10.1001/archpsyc.59.3.225>
- Ferster, C.B. (1966). Animal behavior and mental illness. *The Psychological Record*, 16(3), 345-356. <http://doi.org/10.1007/BF03393678>
- Foley, J.E. y Weinraub, M. (2017). Sleep, affect, and social competence from preschool to preadolescence: Distinct pathways to emotional and social adjustment for boys and for girls. *Frontiers in Psychology*, 8(711). <http://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00711>

- Foster, S. y Mohler-Kuo, M. (2018). Treating a broader range of depressed adolescents with combined therapy. *Journal of Affective Disorders*, 241(1), 417-424.  
<http://doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.027>
- Frank, E., Anderson, B., Reynold, C.F., Ritenour, A. y Kupfer, D.J. (1994). Life events and the research diagnostic criteria endogenous subtype. A confirmation of the distinction using the Bellford College methods. *Archives of General Psychiatry*, 51(7), 519-524.  
<http://doi.org/10.1001/archpsyc.1994.03950070011005>
- Franzen, P.L. y Buysse, D.J. (2008). Sleep disturbances and depression: Risk relationships for subsequent depression and therapeutic implications. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 10(4), 473-481.
- Fredrickson, B.L. (1998). What Good Are Positive Emotions? *Review of General Psychology*, 2(3), 300-319. <http://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.300>
- Freund, A.M. y Hennecke, M. (2015). Self-Regulation in adulthood. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 2(21), 557-562.  
<http://doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.26061-3>
- Frijda, N.H. (1986). *The emotions*. Cambridge University Press.
- García, J. y Palazón, P. (2010). *Afronta tu depresión con terapia interpersonal*. Desclée de Brouwer.
- Garnefski, N. y Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences*, 40(8), 1659-1669.  
<http://doi.org/10.1016/j.paid.2005.12.009>.



- Gladstone, T.R.G. y Kaslow, N.J. (1995). Depression and attributions in children and adolescents: a meta-analytic review. *Journal of Abnormal Psychology*, 23(5), 597-606.  
<http://doi.org/10.1007/BF01447664>
- Graber, J.A. (2013). Pubertal timing and the development of psychopathology in adolescence and beyond. *Hormones and Behavior*, 64(2), 262-269.  
<http://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2013.04.003>
- Graber, J.A. y Sontag, L.M. (2009). Internalizing problems during adolescence. En R.M. Lerner y L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology: Individual bases of adolescent development* (pp. 642–682). John Wiley & Sons Inc.  
<http://doi.org/10.1002/9780470479193.adlpsy001020>
- Grant, K.E., Compas, B.E., Stuhlmacher, A.F., Thurm, A.E., McMahon, S.D. y Halpert, J.A. (2003). Stressors and child and adolescent psychopathology: Moving from markers to mechanisms of risk. *Psychological Bulletin*, 129(3), 447-466.  
<http://doi.org/10.1037/0033-2909.129.3.447>
- Gratz, K.L. y Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54. <http://doi.org/10.1007/s10862-008-9102-4>
- Gratz, K.L. y Tull, M.T. (2010). Emotion Regulation as a mechanism of change in acceptance and mindfulness based treatments. En R.A. Baer (Ed.), *Assessing mindfulness and acceptance process in clients: Illuminating the theory and practice of change*. New Harbinger Publications, Inc.

- Gratz, K.L., Weiss, N.H. y Tull, M.T. (2015). Examining emotion regulation as an outcome, mechanism, or target of psychological treatments. *Current Opinion in Psychology*, 3(1), 85-90. <http://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.02.010>
- Greenberg, L.S. (2004). Emotion-focused therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11(1), 3-16. <http://doi.org/10.1002/cpp.388>
- Gross, J.J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299. <http://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- Gross, J.J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281-291. <http://doi.org/10.1017/s0048577201393198>
- Gross, J.J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1-26. <http://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>
- Gross, J.J. y Jazaieri, H. (2014). Emotion, emotion regulation, and psychopathology: An affective science perspective. *Clinical Psychological Science*. 2(4), 387-401. <http://doi.org/10.1177/2167702614536164>
- Gross, J.J. y Levenson, R.W. (1997). The acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(1), 95-103. <http://doi.org/10.1037//0021-843x.106.1.95>
- Gross, J.J. y Thompson, R.A. (2014). Emotion regulation: Conceptual foundations. En J.J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (2° ed.). (pp. 3-26). The Guilford Press.
- Grossman, M. y Wood, W. (1993). Sex differences in intensity of emotional experience: A social role interpretation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(5), 1010-1022. <http://doi.org/10.1037/0022-3514.65.5.1010>

- Hammen, C. (2018). Risk factor for depression: An autobiographical review. *Annual Review of Clinical Psychology*, 14(1), 1-28. <http://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050817-084811>
- Hankin, B.L., Mermelstein, R. y Roesch, L. (2007). Sex differences in adolescent depression: stress exposure and reactivity models. *Child Development*, 78(1), 279-295. <http://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2007.00997.x>
- Hawkins, J.D., Catalano, R.F. y Miller J.Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112(1), 64-105. <http://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.64>
- Hayes, S.C. (2005). *Get out of your mind and into your life: The new acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.
- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A. y Lillis, J.A. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Follette, V.M. y 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. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1152>
- Hendriks, M. y Vingerhoets, A. (2006). Social messages of crying faces: Their Influence on anticipated person perception, emotional and behavioral responses. *Cognition and Emotion*, 20(6), 878-886. <http://doi.org/10.1080/02699930500450218>

- Hernández, A.L. y Saravia, K.L. (2017). *Adaptación psicométrica de la escala de dificultades en la regulación emocional en adolescentes*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación* (5° ed.). McGraw-Hill Interamericana Editores S.A.
- Hess, U., Senécal, S., Kirouac, G., Herrera, P., Philippot, P. y Kleck, R.E. (2000). Emotional expressivity in men and women: Stereotypes and self-perceptions. *Cognition & Emotion*, 14(5), 609-642. <http://doi.org/10.1080/02699930050117648>
- Hesse, E. y Main, M. (2000). Disorganized infant, child, and adult attachment: collapse in behavioral and attentional strategies. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48(4), 1097-1127. <http://doi.org/10.1177/00030651000480041101>
- Higgins, E. (1997). Beyond pleasure and pain. *American Psychologist*, 52(12), 1280-1300. <http://doi.org/10.1037/0003-066X.52.12.1280>
- Hilsenroth, M.J., Ackerman, S.J., Blagys, M.D., Baity, M.R. y Mooney, M.A. (2003). Short-term psychodynamic psychotherapy for depression: An examination of statistical, clinically significant, and technique-specific change. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 191(6), 349-357. <http://doi.org/10.1097/01.NMD.0000071582.11781.67>
- Honkalampi, K., Hintikka, J., Tanskanen, A., Lehtonen, J. y Viinamäki, H. (2000). Depression is strongly associated with alexithymia in the general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 48(1), 99-104. [http://doi.org/10.1016/S0022-3999\(99\)00083-5](http://doi.org/10.1016/S0022-3999(99)00083-5)

- Huberty, T.J. (2008). Best practices in school-based interventions for anxiety and depression. En A. Thomas y J. Grimes (Eds.), *Best practices in school psychology V* (pp. 1473-1486). National Association of School Psychologists.
- Ingram, R.E. (1984). Toward and information-processing analysis of depression. *Cognitive Therapy and Research*, 8(5), 443-478. <http://doi.org/10.1007/BF01173284>
- Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi (2013). Estudio epidemiológico de salud mental en Lima Metropolitana y Callao - Replicación 2012. *Anales de Salud Mental*, 29(1), 1-392.
- Iruela, L.M., Picazo, J. y Peláez, C. (2009). Tratamiento farmacológico de la depresión en niños y adolescentes. *Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 33(2), 35-38.
- Izard, C.E. (1992). Basic emotions, relations among emotions, and emotion-cognition relations. *Psychological Review*, 99(3), 561-565. <http://doi.org/10.1037/0033-295X.99.3.561>
- Izard, C.E., Woodburn, E.M., Finlon, K.J., Krauthamer-Ewing, E.S., Grossman, S.R. y Seidenfeld, A. (2011). Emotion knowledge, emotion utilization, and emotion regulation. *Emotion Review*, 3(1), 44-52. <http://doi.org/10.1177/1754073910380972>
- Jarymowicz, M. (2001). Affective reactions and evaluative judgments. *Polish Psychological Bulletin*, 32(1), 39-43.
- Jaureguizar, J., Bernaras, E., Bully, P. y Garaigordobil, M. (2018). Perceived parenting and adolescents' adjustment. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 31(8), 1-11. <http://doi.org/10.1186/s41155-018-0088-x>

- John, O.P. y Gross, J.J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of Personality*, 72(6), 1301-1334. <http://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2004.00298.x>
- Joormann, J. y Vanderlind, W.M. (2014). Emotion regulation in depression: The role of biased cognition and reduced cognitive control. *Clinical Psychological Science*, 2(4), 402-421. <http://doi.org/10.1177/2167702614536163>
- Joormann, J., Levens, S.M. y Gotlib, I.H. (2011). Sticky thoughts: Depression and rumination are associated with difficulties manipulating emotional material in working memory. *Psychological Science*, 22(8), 979-983. <http://doi.org/10.1177/0956797611415539>
- Ju, S. y Lee, Y. (2018). Developmental trajectories and longitudinal mediation effects of self-esteem, peer attachment, child maltreatment and depression on early adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 76(1), 353-363. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.11.015>
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Delacorte.
- Kanfer, F.H. (1970). Self-regulation: research, issues and speculations. En C. Neuringer y J.L. Michael (Eds.), *Behavior modification in clinical psychology* (pp. 178-220). Appleton-Century-Crofts.
- Kazdin, A.E. y Marciano, P.L. (1998). Childhood and adolescent depression. En E.J. Mash y R. A. Barkley (Eds.), *Treatment of childhood disorders* (pp. 211-248). The Guilford Press.
- Keller, M.C. y Nesse, R.M. (2005). Is low mood an adaptation? Evidence for subtypes with symptoms that match precipitants. *Journal of affective disorders*, 86(1), 27-35.

- Kendler, K.S. y Gardner, C.O. (2014). Sex differences in the pathways to major depression: a study of opposite-sex twin pairs. *American Journal of Psychiatry*, 171(4), 426-35. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13101375>
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R. y Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602. <http://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Killgore, W.D.S. y Yurgelun-Todd, D.A. (2004). Activation of the amygdala and anterior cingulate during nonconscious processing of sad versus happy faces. *NeuroImage*, 21(4), 1215-1223. <http://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2003.12.033>
- Klerman, G.L., Weissman, M.M., Rounsaville, B.J. y Chevron, E.S. (1984). *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. Basic Books.
- Koole, S.L. (2009). The psychology of emotion regulation: *An integrative review*, 23(1), 4-41. <http://doi.org/10.1080/02699930802619031>
- Kraus, C., Castrén, E., Kasper, S. y Lanzenberger, R. (2017). Serotonin and neuroplasticity - links between molecular, functional and structural pathophysiology in depression. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 77(1), 317-326. <http://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.03.007>
- Kunzmann, U., Kupperbusch, C.S., y Levenson, R.W. (2005). Behavioral inhibition and amplification during emotional arousal: A comparison of two age groups. *Psychology and Aging*, 20(1), 144-158. <http://doi.org/10.1037/0882-7974.20.1.144>
- Lazarus, R.S, y Folkman S. (1984). *Stress, appraisal, & coping*. Springer.

- Lengua, L.J. y Kovacs, E.A. (2005). Bidirectional associations between temperament and parenting and the prediction of adjustment problems in middle childhood. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 26(1), 21-38. <http://doi.org/10.1016/j.appdev.2004.10.001>
- Leu, J., Wang, J. y Koo, K. (2011). Are positive emotions just as “positive” across cultures? *Emotion*, 11(4), 994-999. <http://doi.org/10.1037/a0021332>
- Levenson, R.W. (2011). Basic emotion questions. *Emotion Review*, 3(4), 379-386. <http://doi.org/10.1177/1754073911410743073911410740>
- Lewinsohn, P.M. (1975). Clinical and theoretical aspects of depression. En K.S. Calhoun, H.E. Adams y K.M. Mitchell (Eds.), *Innovative treatment methods of psychopathology* (pp. 63-120). Wiley.
- Lewinsohn, P.M., Pettit, J.W., Joiner, T.E. y Seeley, L.R. (2003). The symptomatic expression of major depressive disorder in adolescents and young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(2), 244–252. <http://doi.org/10.1037/0021-843X.112.2.244>
- Lewinsohn, P.M., Rohde, P., Seeley, J.R. y Fischer, S.A. (1993). Age-cohort changes in the lifetime occurrence of depression and other mental disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 102(1), 110-120. <http://doi.org/10.1037/0021-843X.102.1.110>
- Lewis, M.D. (1995). Cognition-emotion feedback and the self-organization of developmental paths. *Human Development*, 38(2), 71-102. <http://doi.org/10.1159/000278302>
- Lewis, M.D. y Stieben, J. (2004). Emotion regulation in the brain: Conceptual issues and directions for developmental research. *Child Development*, 75(2), 371-376. <http://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00680.x>



- Lewis, M.D., Lamm, C., Segalowitz, S.J., Stieben, J. y Zelazo, P.D. (2006). Neurophysiological correlates of emotion regulation in children and adolescents. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 18(3), 430-443. <http://doi.org/10.1162/jocn.2006.18.3.430>.
- Lewis, M.D., Todd, R.M. y Honsberger, M.J. (2007). Event-related potential measures of emotion regulation in early childhood. *NeuroReport*, 18(1), 61-65. <http://doi.org/10.1097/WNR.0b013e328010a216>.
- Liu, D.Y. y Thompson, R.J. (2017). Selection and implementation of emotion regulation strategies in major depressive disorder: An integrative review. *Clinical Psychological Science* 57(3), 183-194. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.07.004>
- MacBeth, A. y Gumley, A. (2012). Exploring compassion: a meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychological Science*, 32(6), 545-552. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.06.003>
- Main, M. (1996). Introduction to the special section on attachment and psychopathology. 2. Overview of the field of attachment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(1), 237-243. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.64.2.237>
- Markowitz, J.C. y Weissman, M.M. (1995). Interpersonal psychotherapy. En E. Beckham y W.R. Leber (Eds.), *Handbook of depression*, (pp. 376-390). Guilford.
- Martel, M.M. (2013). Sexual selection and sex differences in the prevalence of childhood externalizing and adolescent internalizing disorders. *Psychological Bulletin*, 139(6), 1221-1259. <http://doi.org/10.1037/a0032247>
- Martell, C.R., Dimidjian, S. y Herman-Dunn (2013). *Behavioral Activation for depression. A clinician's guide*. Guilford.

- Mauss, I.B., Levenson, R.W., McCarter, L., Wilhelm, F.H. y Gross, J.J. (2005). The tie that binds? Coherence among emotion experience, behavior, and physiology. *Emotion*, 5(2), 175-190. <http://doi.org/10.1037/1528-3542.5.2.175>
- Mayer, J.D. y Salovey, P. (1995). Emotional intelligence and the construction and regulation of feelings. *Applied and Preventive Psychology*, 4(3), 197-208. [http://doi.org/10.1016/S0962-1849\(05\)80058-7](http://doi.org/10.1016/S0962-1849(05)80058-7)
- McCullough, J.P. (2000). *Treatment for chronic depression: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)*. Guilford.
- McKay, M., Wood, J.C. y Brantley, J. (2020). *Manual práctico de terapia cognitivo conductual* (3° ed.). Desclée De Brouwer.
- Méndez, F.X. (1998). *El niño que no sonríe. Estrategias para superar la tristeza y la depresión Infantil*. Pirámide.
- Menesini, E. y Smorti, A. (1999). Strategie d'intervento scolastico. En A. Fonzi (Ed.) *II Bullism in Italia II*. Giunti.
- Merikangas, K.R., He, J., Burnstein, M., Swanson, S.A., Avenevoli, S. y Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication--Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(10), 980-989. <http://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.05.017>.
- Mestre, J.M. y Guil, R. (2012). *La regulación de las emociones: Una vía a la adaptación personal y social*. Ediciones Pirámide.
- Miller, W.R. y Seligman, M.E. (1975). Depression and learned helplessness in man. *Journal of Abnormal Psychology*, 84(3), 228-238. <http://doi.org/10.1037/h0076720>

- Milrod, B., Markowitz, J.C., Gerber, A.J., Cyranowski, J., Altemus, M., Shapiro, T. ... Glatt, C. (2014). Childhood separation anxiety and the pathogenesis and treatment of adult anxiety. *American Journal of Psychiatry*, 171(1), 34-43. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13060781>.
- Narbona, J. (2014). Fenomenología depresiva al inicio de enfermedades neuropediátricas. *Revista Neurología* 58(1), 71-75. <http://doi.org/10.33588/rn.58S01.2014017>
- Navarro, J.S., Moscoso, M. y Calderón, G. (2017). La investigación de la depresión en adolescentes en el Perú: Una revisión sistemática. *Liberabit*, 23(1), 57-74. <http://doi.org/10.24265/liberabit.2017.v23n1.04>
- Navarro, J.S.B. (2018). *Influencia de las estrategias de regulación cognitiva de las emociones sobre la depresión en adolescentes* (Tesis de Maestría). Universidad de San Martín de Porres.
- Nesse, R.M. (2000). Is depression an adaptation? *Archives of General Psychiatry*, 57(1), 14-20. <http://doi.org/10.1001/archpsyc.57.1.14>
- Nezu, A.M., Nezu, C.M. y D’Zurilla, T.J. (2013). *Problem-Solving Therapy: A treatment manual*. Springer Publishing Company.
- Nique, S., Fournis, G., El\_Hage, W., Nabhan-Abou, N., Garré, J.B. y Gohier, B. (2014). Transporteur de la sérotonine, troubles anxieux et dépression: Revue de la littérature. *European Psychiatry*, 29(1), 544-545. <http://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.32>
- Nolen-Hoeksema, S. (2002). Emotion regulation and psychopathology: The role of gender. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8(1), 161-187. <http://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143109>

- Nolen-Hoeksema, S., Blair, E., Wisco, y Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking Rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3(5), 400-424. <http://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x>.
- Novati, A., Hulshof, H.J., Granic, I. y Meerlo, P. (2012). Chronic partial sleep deprivation reduces brain sensitivity to glutamate NMDA receptor-mediated neurotoxicity. *Journal of Sleep Research*, 21(1), 3-9. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2869.2011.00932.x>
- Nyklicek, I., Vingerhoets, A. J.J.M. y Denollet, J.K.L. (2002). Emotional (non)-expression and health: Data, questions, and challenges. *Psychology & Health: Official journal of the European Health Psychology Society, EHPS*, 17(5), 517-528.
- Oken, B., Chamine, I. y Wakelan, W. (2015). A systems approach to stress, stressors and resilience in humans. *Behavioural Brain Research*, 282(1), 144-154. <http://doi.org/10.1016/j.bbr.2014.12.047>
- Organización Mundial de la Salud (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Editorial Médica Panamericana.
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. World Health Organization.
- Panfile, T.M. y Laible, D.J. (2012). Attachment security and child's empathy: The mediating role of emotion regulation. *Merrill-Palmer Quarterly*, 58(1), 1-21. <http://doi.org/10.1353/mpq.2012.0003>
- Pariante, C.M. (2017). Why are depressed patients inflamed? A reflection on 20 years of research on depression, glucocorticoid resistance and inflammation. *European*

*Neuropsychopharmacology*, 27(6), 554-559.

<http://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2017.04.001>

Parkinson, B., Totterdell, P., Briner, R.B. y Reynolds, S. (1996). *Changing moods: The psychology of mood and mood regulation*. Longman.

Pataki, C.S. y Carlson, G.A. (1995). Childhood and adolescent depression: A review. *Harvard Review of Psychiatry*, 3(3), 140-151. <http://doi.org/10.3109/10673229509017179>

Peña, A., Mikolajczak, M. y Gross, J.J. (2015). Integrating emotion regulation and emotional intelligence traditions: A meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 6(160), 1-27. <http://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00160>

Pérez, L. (2015). *Niveles de depresión y estrategias de afrontamiento en alumnos del 4º y 5º de secundaria de la I.E. N° 1140 Aurelio Miro Quesada Sosa, del distrito de la Molina, Lima* (Tesis de Licenciatura). Universidad Señor de Sipán, USS.

Perls, F., Hefferline, R.F. y Goodman, P. (1951). *Gestalt Therapy*. Dell.

Piaget, J. (1970). La evolución intelectual entre la adolescencia y la edad adulta. En J. Delval (Comp.), *Lecturas de psicología del niño (vol. 2)* (pp. 208-213). Alianza.

Piorowska, M. y Wrobel, M. (2017). Basic emotions. En V. Zeigler-Hill y T.K. Shackelford (Eds.), *Encyclopedia of personality and individual differences* (pp. 1-6). Basel, Suiza: Springer International Publishing. [http://doi.org/10.1007/978-3-319-28099-8\\_495-1](http://doi.org/10.1007/978-3-319-28099-8_495-1)

Plant, E.A., Hyde, J.S., Keltner, D. y Devine, P.G. (2000). The gender stereotyping of emotions. *Psychology of Women Quarterly*, 24(1)81-92. <http://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2000.tb01024.x>

- Plutchik, R. (1980). A general psychoevolutionary theory of emotion. En R. Plutchik y H. Hellerman (Eds.), *Theories of emotions* (pp. 3-33). Academic Press Books.  
<http://doi.org/10.1016/B978-0-12-558701-3.50007-7>
- Quijano, M. (2018). *Inteligencia emocional y depresión en estudiantes del cuarto año de secundaria de la Institución Educativa Industrial Alfredo Vargas Guerra de Pucallpa, Ucayali, 2017* (Tesis de Maestría). Universidad Nacional Hermilio Valdizán.
- Raver, C.C. (2004). Placing emotional self-regulation in sociocultural and socioeconomic contexts. *Child Development*, 75(2), 346-353. <http://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00676.x>
- Rehm, L.P. (1977). A self-control model of depression. *Behavior Therapy* 8(5), 787-804.  
[http://doi.org/10.1016/S0005-7894\(77\)80150-0](http://doi.org/10.1016/S0005-7894(77)80150-0)
- Reinherz, H.Z., Giaconia, R.M., Palus, B., Silverman, A.B., Frost, A.K. y Lefkowitz, E. S. (1993). Psychosocial risks for major depression in late adolescence: a longitudinal community study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32(6), 1155-1163. <http://doi.org/10.1097/00004583-199311000-00007>
- Rice, F. Davidovich, S. y Dunsmuir, S. (2017). Emotion regulation and depression: Maintaining equilibrium between positive and negative affect. En C.A. Essau, S. Leblanc y T.H. Ollendick, *Emotion regulation and psychopathology in children and adolescents* (pp. 171-198). Oxford University Press.
- Richardson, L. y Katzenellenbogen, R.A. (2005). Childhood and adolescent depression: The role of primary care providers in diagnosis and treatment. *Current problems in pediatric and adolescent health care*, 35(1), 6-24. <http://doi.org/10.1016/j.cppeds.2004.09.001>

- Roberts, J., Gotlib, I. y Kassel, J. (1996). Adult attachment security and symptoms of depression: the mediating roles of dysfunctional attitudes and low self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(1), 310-320. <http://doi.org/10.1037/0022-3514.70.2.310>
- Rodríguez, E.A. y Farfán, D. (2015). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck en estudiantes de 5to año de secundaria de Huancayo, 2013. *Revista de Investigación Universitaria*, 4(2), 71-78.
- Rogers, C.R. (1961). *On becoming a person: A psychotherapist's view of psychotherapy*. Houghton Mifflin.
- Rohner, R P. y Khaleque, A. (2003). Reliability and validity of the parental control scale: a meta-analysis of cross-cultural and intracultural studies. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 34(6), 643-649. <http://doi.org/10.1177/0022022103255650>
- Rothbart, M.K y Sheese, B.E. (2007). Temperament and emotion regulation. En J.J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 331-350). Guilford Press.
- Rottenberg, J., Gross, J.J. y Gotlib, I. H. (2005). Emotion context insensitivity in major depressive disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(4), 627-639. <http://doi.org/10.1037/0021-843X.114.4.627>
- Rowe, L. y Tonge, B. (2003). Depression in adolescents. *Australian Family Physician*, 32(4), 255-260.
- Rudolph, K.D. (2014). Puberty as a developmental context of risk for psychopathology. En M. Lewis y K. Rudolph (Eds.), *Handbook of Developmental Psychopathology* (pp. 331-354). Springer-Verlag.

- Sabini, J. y Silver, M. (2005). Ekman's basic emotions: Why not love and jealousy? *Cognition and Emotion*, 19(5), 693-712. <http://doi.org/10.1080/02699930441000481>
- Sadler, L.S, (1991). Depression in adolescents: Context manifestations and clinical management. *Nursing Clinics of North America*, 26(3), 559-572.
- Scivoletto, S., Nicastri, S. y Zilberman, M.L. (1994). Trastorno depresivo na adolescencia: Diagnóstico e tratamento. *Revista Brasileira de Medicina*, 51(9), 1211-1228. <http://doi.org/10.1590/S0021-75572002000500004a>
- Scourfield, J., Rice, F., Thapar, A., Harold, G., Martin, N. y McGuffin, P. (2003). Depressive symptoms in children and adolescents: changing etiological influences with development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(7), 968-976. <http://doi.org/10.1111/1469-7610.00181>
- Shah, F. y Morgan, S.B. (1996). Teachers' ratings of social competence of children with high versus low levels of depressive symptoms. *Journal of School Psychology*, 34(4), 337-349. [http://doi.org/10.1016/S0022-4405\(96\)00019-2](http://doi.org/10.1016/S0022-4405(96)00019-2)
- Shapero, B.G., Black, S.K., Liu, R.T., Klugman, J., Bender, R E., Abramson, L.Y. (2013). Stressful life events and depression symptoms: The effect of childhood emotional abuse on stress reactivity. *Journal of clinical psychology*, 70(3), 209-223. <http://doi.org/10.1002/jclp.22011>
- Shapiro, S.L., Carlson, L., Astin, J. y Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62(3), 373-386. <http://doi.org/10.1002/jclp.20237>
- Sheppes, G., Suri, G. y Gross, J.J. (2015). Emotion regulation and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 11(1), 379-405. <http://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032814-112739>



- Shields, S.A. (2003). *Speaking from the heart: Gender and the social meaning of emotion*. Cambridge University Press.
- Shipman, K., Schneider, R. y Brown, A. (2004). Emotion dysregulation and psychopathology. In M. Beauregard (Ed.), *Advances in consciousness research. Consciousness, emotional self-regulation and the brain* (pp. 61-85). Amsterdam, Holanda: John Benjamins Publishing Company. <http://doi.org/10.1075/aicr.54.05shi>
- Siegel, J.M., Aneshensel, C.S., Taub, B., Cantwell, D.P. y Driscoll, A.K. (1998). Adolescent depressed mood in a multiethnic sample. *Journal of Youth and Adolescence* 27(4), 413-427. <http://doi.org/10.1023/A:1022873601030>
- Silk, J.S., Steinberg, L. y Morris, A. S. (2003). Adolescents' emotion regulation in daily life: Links to depressive symptoms and problem behavior. *Child Development*, 74(6), 1869-1880. <http://doi.org/10.1046/j.1467-8624.2003.00643.x>.
- Silvers, J.A., McRae, K., Gabrieli, J.D., Gross, J.J., Remy, K.A. y Ochsner, K.N. (2012). Age-related differences in emotional reactivity, regulation, and rejection sensitivity in adolescence. *Emotion*, 12(6), 1235-1247. <http://doi.org/10.1037/a0028297>.
- Sivertsen, B., Harvey, A., Lundrevold, A.J. y Hysing, M. (2014). Sleep problems and depression in adolescence: Results from a large population-based study of Norwegian adolescents aged 16-18 years. *European Child & Adolescent Psychiatry* 23(8), 681-689. <http://doi.org/10.1007/s00787-013-0502-y>
- Sokratous, S., Merkouris, A., Middelton, N. y Karanikola, M. (2013). The association between stressful life events and depressive symptoms among Cypriot university students: a cross-sectional descriptive correlational study. *BMC Public Health*, 13(1), 1121. <http://doi.org/10.1186/1471-2458-13-1121>

- Steinberg, L. (2005). Cognitive and affective development in adolescence. *Trends in Cognitive Sciences*, 9(2), 69-74. <http://doi.org/10.1016/j.tics.2004.12.005>.
- Steiner, M., Dunn, E. y Born, L. (2003). Hormones and mood: From menarche to menopause and beyond. *Journal of Affective Disorders*, 74(1), 67-83. [http://doi.org/10.1016/s0165-0327\(02\)00432-9](http://doi.org/10.1016/s0165-0327(02)00432-9)
- Stirling, K., Toumbourou, J.W. y Rowland, B. (2015). Community factors influencing child and adolescent depression: A systematic review and meta-analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(10), 869-886. <http://doi.org/10.1177/0004867415603129>
- Stoltenborgh, M., Bakermans, M.J., Alink, L.R. y Ijzendoorn, M.H. (2015). The prevalence of child maltreatment across the globe: Review of a series of meta-analyses. *Child Abuse Review*, 24(1), 37-50. <http://doi.org/10.1002/car.2353>
- Stringaris, A., Cohen, P., Pine, D.S. y Leibenluft, E. (2009). Adult outcomes of youth irritability: A 20-year prospective community-based study. *American Journal of Psychiatry*, 166(9), 1048-1054. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.08121849>
- Stringaris, A., Maughan, B., Copeland, W.S., Costello, E.J. y Angold, A. (2013). Irritable mood as a symptom of depression in youth: Prevalence, developmental, and clinical correlates in the Great Smoky Mountains study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 52(8):831-840. <http://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.05.017>
- Tamres, L.K., Janicki, D. y Helgeson, V.S. (2002). Sex differences in coping behavior: A meta-analytic review and an examination of relative coping. *Personality and Social Psychology Review*, 6(1), 2-30. [http://doi.org/10.1207/S15327957PSPR0601\\_1](http://doi.org/10.1207/S15327957PSPR0601_1)

- Thompson, R.A. (1994). Emotion Regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 25-52.  
<http://doi.org/10.1111/j.1540-5834.1994.tb01276.x>
- Thompson, R.A., Lewis, M.D. y Calkins, S.D. (2008). Reassessing emotion regulation. *Child Development Perspectives*, 2(3), 124-131. <http://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2008.00054.x>.
- Thompson, R.J., Kuppens, P., Mata, J., Jaeggi, S.M., Buschkuehl, M., Jonides, J. y Gotlib, I.H. (2015). Emotional clarity as a function of neuroticism and major depressive disorder. *Emotion*, 15(5), 615-624. <http://doi.org/10.1037/emo0000067>
- Tolentino, J.C. y Schmidt, S.L. (2018). DSM-5 Criteria and Depression Severity: Implications for Clinical Practice. *Frontiers in Psychiatry*, 9(415), 91-99.  
<http://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00450>
- Tull, M.T. y Aldao, A. (2015). Editorial overview: New directions in the science of emotion regulation. *Current Opinion in Psychology*, 3(2), 4-10.  
<http://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.03.009>
- Urcos, B.R. (2014). *Inteligencia emocional y la depresión en alumnos de nivel secundario de la Institución Educativa "Fe y Alegría" N°05 del distrito de San Juan de Lurigancho, año 2013* (Tesis de Maestría). Universidad Cesar Vallejo, UCV.
- Vallejo, J. (2015). *Introducción a la psicopatología y psiquiatría (8° ed.)*. Elsevier Masson.
- Van der Veek, S.M., Nobel, R.A. y Derkx, H.H.F. (2012). The relationship between emotion awareness and somatic complaints in children and adolescents: Investigating the mediating role of anxiety and depression. *Psychology and Health*, 27(11), 1359-1374.  
<http://doi.org/10.1080/08870446.2012.685738>

- Venter, E. (1998) *Assesseringsriglyn vir die Bepaling van die Kind se Emotional Bewussyn. Sudáfrica: Universities of Pretoria.*
- Versiani, M., Reis, R. y Figueira, I. (2000). Diagnóstico do transtorno depressivo na infancia e adolescencia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 49(10-12), 367-382.
- Vitiello, B. y Ordoñez, A.E. (2016). Pharmacological treatment of children and adolescents with depression. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 17(1), 2273-2279. <http://doi.org/10.1080/14656566.2016.1244530>
- Wadsworth, M.E. y Compas, B.E. (2002). Coping with family conflict and economic strain: The adolescent perspective. *Journal of Research on Adolescence*, 12(2), 243-274. <http://doi.org/10.1111/1532-7795.00033>.
- Wagner, K.D. y Ambrosini, P.J. (2001). Childhood depression: pharmacological therapy/treatment (pharmacotherapy of childhood depression). *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 30(1), 88-97. [http://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3001\\_10](http://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3001_10)
- Weinstein, S.M., Mermelstein, R., Hankin, B., Hedeker, D. y Flay, B.R. (2007). Longitudinal patterns of daily affect and global mood during adolescence. *Journal of Research on Adolescence*, 17(3), 587-600. <http://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2007.00536.x>
- Wight, R.G., Sepúlveda, J.E. y Aneshensel, C.S. (2004). Depressive symptoms: How do adolescents compare with adults? *Journal of Adolescent Health*, 34(4), 314-323. <http://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2003.05.003>
- Wolff, J. y Ollendick, T. (2006). The comorbidity of conduct problems and depression in childhood and adolescence. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 9(3), 201-220. <http://doi.org/10.1007/s10567-006-0011-3>

- Yap, M.B., Pilkington, P.D., Ryan, S.M. y Jorm, A.F. (2014). Parental factors associated with depression and anxiety in young people: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 156(1), 8-23. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2013.11.007>
- Zeman, J. y Garber, J. (1996). Display rules for anger, sadness, and pain: It depends on who is watching. *Child Development*, 67(3), 957-973. <http://doi.org/10.2307/1131873>
- Zeman, J., Cassano, M., Perry-Parrish, C. y Stegall, S. (2006). Emotion regulation in children and adolescents. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 27(2), 155-168. <http://doi.org/10.1097/00004703-200604000-00014>.
- Zimmer-Gembeck, M.J. y Skinner, E.A. (2011). Review: The development of coping across childhood and adolescence: An integrative review and critique of research. *International Journal of Behavioral Development*, 35(1), 1-17. <http://doi.org/10.1177/0165025410384923>
- Zimmermann, P. y Iwanski, A. (2014). Emotion regulation from early adolescence to emerging adulthood and middle adulthood: Age differences, gender differences, and emotion-specific developmental variations. *International Journal of Behavioral Development*, 38(2), 182-194. <http://doi.org/10.1177/0165025413515405>.

## IX. ANEXOS

## Anexo A: Matriz de consistencia

TÍTULO	PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLE DE ESTUDIO	METODOLOGÍA
Regulación emocional y depresión en adolescentes de una Institución Educativa estatal de Ate Vitarte, Lima, 2020	<p><b>PROBLEMA GENERAL</b></p> <p>¿Existe relación entre la regulación emocional y la depresión en adolescentes de una institución educativa estatal de Ate Vitarte, Lima, 2021?</p> <p><b>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</b></p> <p>¿Existe relación entre la dimensión Conciencia de la regulación emocional</p>	<p><b>OBJETIVO GENERAL</b></p> <p>Determinar la relación entre la regulación emocional y la depresión en adolescentes una institución educativa estatal de Ate Vitarte, Lima, 2021.</p> <p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b></p> <p>Determinar la relación entre la dimensión</p>	<p><b>HIPÓTESIS GENERAL</b></p> <p>H<sub>1</sub>: Existe una relación significativa entre la regulación emocional y la depresión en adolescentes una institución educativa estatal de Ate Vitarte, Lima, 2021.</p> <p><b>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS</b></p> <p>H<sub>2</sub>: Existe una relación significativa entre la dimensión Conciencia de la regulación emocional y la depresión en</p>	<p><b>Variable 1:</b></p> <p><u>Regulación emocional</u></p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Conciencia</li> <li>-Rechazo</li> <li>-Estrategias</li> <li>-Metas</li> </ul> <p><b>Variable 2:</b></p> <p><u>Depresión</u></p> <p>Dimensiones:</p>	<p><b>TIPO DE INVESTIGACIÓN</b></p> <p>Tipo básico, enfoque cuantitativo</p> <p><b>NIVEL DE INVESTIGACIÓN</b></p> <p>Nivel correlacional</p> <p><b>DISEÑO DE INVESTIGACIÓN</b></p> <p>Diseño no experimental, correlacional, transversal.</p> <p><b>POBLACIÓN</b></p> <p>La población la constituyen 102 estudiantes de 4° Y 5° de secundaria pertenecientes a la</p>

	<p>y la depresión en adolescentes de una institución educativa estatal de Ate Vitarte, Lima, 2021?</p> <p>¿Existe relación entre la dimensión Rechazo de la regulación emocional y la depresión en adolescentes de una institución educativa estatal de Ate Vitarte, Lima, 2021?</p> <p>¿Existe relación entre la dimensión Estrategias de la regulación emocional y la depresión en adolescentes de una institución educativa estatal de Ate Vitarte, Lima, 2021?</p>	<p>Conciencia de la regulación emocional y la depresión en adolescentes una institución educativa estatal de Ate Vitarte, Lima, 2021.</p> <p>Determinar la relación entre la dimensión Rechazo de la regulación emocional y la depresión en adolescentes una institución educativa estatal de Ate Vitarte, Lima, 2021.</p> <p>Determinar la relación entre la dimensión Estrategias de la regulación emocional y la</p>	<p>adolescentes una institución educativa estatal de Ate Vitarte, Lima, 2021.</p> <p>H<sub>3</sub>: Existe una relación significativa entre la dimensión Rechazo de la regulación emocional y la depresión en adolescentes una institución educativa estatal de Ate Vitarte, Lima, 2021.</p> <p>H<sub>4</sub>: Existe una relación significativa entre la dimensión Estrategias de la regulación emocional y la depresión en adolescentes una institución educativa estatal de Ate Vitarte, Lima, 2021.</p> <p>H<sub>5</sub>: Existe una relación significativa entre la</p>	<p>-Cognitivo-Afectivo -Somático-Motivacional</p>	<p>I.E. N° 1136 John F. Kennedy de Ate Vitarte, en Lima Metropolitana.</p> <p><b>MUESTRA</b></p> <p>Es el subconjunto de estudiantes de la I.E. N° 1136 John F. Kennedy de Ate Vitarte, en Lima Metropolitana, compuesta por 70 alumnos de 4° y 5° de secundaria con un rango de edad de entre 14 y 17. La muestra fue elegida por muestreo no probabilístico de manera intencional.</p>
--	--	---	--	---	--

	<p>¿Existe relación entre la dimensión Metas de la regulación emocional y la depresión en adolescentes de una institución educativa estatal de Ate Vitarte, Lima, 2021?</p>	<p>depresión en adolescentes una institución educativa estatal de Ate Vitarte, Lima, 2021.</p> <p>Determinar la relación entre la dimensión Metas de la regulación emocional y la depresión en adolescentes una institución educativa estatal de Ate Vitarte, Lima, 2021.</p>	<p>dimensión Metas de la regulación emocional y la depresión en adolescentes una institución educativa estatal de Ate Vitarte, Lima, 202.</p>		
--	---	---	---	--	--



**Anexo B. Matriz de operacionalización de instrumentos de recolección de datos**

VARIABLE	INSTRUMENTO	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	CATEGORIZACIÓN	ESCALA
Regulación Emocional	Escala de Dificultades de Regulación Emocional (DERS)	Conciencia	-Falta de atención emocional -Falta de aceptación emocional -Falta de comprensión emocional	1,2,4,5,6	0-17= Nivel Bajo 18-32= Nivel Medio 33 a más= Nivel Alto	Likert de 5 opciones  -Casi nunca= 0 -Algunas veces= 1 -La mitad de las veces= 2 -La mayoría de las veces= 3 -Casi siempre= 4
		Rechazo	-No aceptación de respuestas emocionales -Juzgar su experiencia emocional	7,11,15,16		
		Estrategias	-Limitaciones en las estrategias de emocional -Desbordamiento emocional	3,9,14,17,20		
		Metas	-Dificultad para dirigir el comportamiento hacia metas -Incapacidad para manejar emociones intensas	8,10,12, 13, 18, 19		

VARIABLE	INSTRUMENTO	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	CATEGORIZACIÓN	ESCALA
Depresión	Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II)	Cognitivo-Afectivo	-Tristeza -Pesimismo -Fracaso -Pérdida del placer -Sentimientos de culpa -Disconformidad con uno mismo -Autocrítica -Pensamientos o deseos suicidas -Llanto -Desvalorización	1,2,3,4,5, 6 7,8,9,13	0-10= Depresión Mínima 11-15= Depresión Leve 16-21= Depresión Moderada 22-57= Depresión Severa	Likert de 4 opciones de respuestas variadas. Puntuación de 0 a 3 en cada ítem.
		Somático-Motivacional	-Agitación -Pérdida de interés -Indecisión -Pérdida de energía -Cambios en los hábitos de sueño -Irritabilidad -Cambios de apetito -Dificultad de concentración -Cansancio o fatiga	10,11,12, 14,15, 16, 17, 18, 19,20		

## Anexo C. Instrumentos de recolección de datos

### INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante la última semana, incluido el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

---

#### 1. Escoge una opción

- A. No me siento triste.
- B. Me siento triste.
- C. Siempre me siento triste y no puedo quitarme la tristeza de encima.
- D. Me siento tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.

#### 2. Escoge una opción

- A. No me siento especialmente desalentado ante el futuro.
- B. Me siento desalentado ante el futuro.
- C. Siento que no hay nada que me haga ilusión.
- D. Siento que no tengo ninguna esperanza en el futuro y que las cosas no pueden mejorar.

#### 3. Escoge una opción

- A. No me siento fracasado.
- B. Me siento más fracasado que la mayoría de las personas.
- C. Al mirar atrás, en mi vida veo muchos fracasos.
- D. Siento que como persona soy un fracaso absoluto.

#### 4. Escoge una opción

- A. Las cosas me siguen satisfaciendo igual que antes.
-

- 
- B. Las cosas no me hacen disfrutar como antes.
  - C. Ya no encuentro verdadera satisfacción en nada.
  - D. Todo me incomoda o aburre.

**5. Escoge una opción**

- A. No me siento particularmente culpable.
- B. Me siento culpable en muchas ocasiones.
- C. Me siento culpable la mayor parte del tiempo.
- D. Siempre me siento culpable.

**6. Escoge una opción**

- A. No me siento decepcionado conmigo mismo.
- B. Me siento decepcionado conmigo mismo.
- C. Estoy asqueado conmigo mismo.
- D. Me odio.

**7. Escoge una opción**

- A. No creo que sea peor que cualquier otra persona.
- B. Soy crítico conmigo mismo acerca de mis debilidades o errores.
- C. Siempre me estoy culpabilizando por mis fallos.
- D. Me culpabilizo de todo lo malo que sucede.

**8. Escoge una opción**

- A. No pienso en suicidarme.
- B. Pienso en el suicidio, pero no lo llevaría a término.
- C. Quisiera suicidarme.
- D. Me suicidaría si tuviera oportunidad de ello.

**9. Escoge una opción**

- A. No lloro más de habitual.
  - B. Lloro más de lo que solía.
  - C. Ahora siempre estoy llorando.
  - D. Antes solía llorar, pero ahora no puedo llorar aunque lo desee.
-

---

**10. Escoge una opción**

- A. Las cosas no me irritan más de lo que me irritaban antes.
- B. Estoy algo más irritado que de costumbre.
- C. Estoy irritado gran parte del tiempo.
- D. Siempre estoy irritado.

**11. Escoge una opción**

- A. No he perdido el interés por las demás personas.
- B. Estoy menos interesado en las otras personas de lo que solía estarlo.
- C. He perdido gran parte de mi interés en las otras personas.
- D. He perdido todo mi interés en las otras personas.

**12. Escoge una opción**

- A. No tengo ningún problema en seguir tomando decisiones.
- B. Pospongo tomar decisiones más de lo que solía hacerlo.
- C. Tengo mucha más dificultad que antes en tomar decisiones.
- D. Soy incapaz de tomar decisiones.

**13. Escoge una opción**

- A. No creo que tenga peor aspecto que antes.
- B. Me preocupa el hecho de volverme viejo o poco atractivo.
- C. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen poco atractivo.
- D. Creo que soy feo.

**14. Escoge una opción**

- A. Puedo realizar mis tareas como antes.
- B. Me cuesta un esfuerzo extra ponerme a hacer algo.
- C. Tengo que esforzarme mucho si quiero hacer algo.
- D. No puedo hacer ningún trabajo.

**15. Escoge una opción**

---

- 
- A. Puedo dormir tan bien como siempre.
  - B. No puedo dormir tan bien como antes.
  - C. Me despierto 1 o 2 horas antes de lo habitual y me cuesta volver a dormir.
  - D. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormir.

**16. Escoge una opción**

- A. No me canso más de lo habitual.
- B. Me canso con más facilidad de la acostumbrada.
- C. Me canso si hago cualquier cosa, por pequeña que sea.
- D. Estoy demasiado cansado para hacer algo.

**17. Escoge una opción**

- A. Sigo teniendo el mismo apetito.
- B. Mi apetito ha disminuido.
- C. Apenas tengo apetito.
- D. Ya no tengo ningún apetito.

**18. Escoge una opción**

- A. No he perdido nada de peso.
- B. He perdido más de 2 kilos de peso.
- C. He perdido más de 5 kilos de peso.
- D. He perdido más de 7 kilos de peso.

**19. Escoge una opción**

- A. No estoy más preocupado de lo habitual por mi salud.
  - B. Me preocupan mis problemas físicos como dolores, malestar en el estómago o estreñimiento.
  - C. Me preocupan tanto mis problemas físicos que me resulta difícil pensar en otra cosa.
  - D. Me preocupan tanto mis problemas físicos que no puedo pensar en otra cosa.
-

### ESCALA DE DIFICULTADES EN LA REGULACIÓN EMOCIONAL (DERS)

Por favor indica qué tan frecuentemente te pasa lo siguiente en el último mes, marcando con una X en la parte derecha de cada frase la respuesta que corresponda

1	2	3	4	5
Casi nunca	Algunas veces	La mitad de las veces	La mayoría de las veces	Casi siempre

		1	2	3	4	5
1	Tengo claro lo que siento					
2	Pongo atención a cómo me siento					
3	Siento que estoy fuera de control					
4	Estoy atento a mis sentimientos					
5	Sé cómo me siento					
6	Puedo reconocer cómo me siento					
7	Cuando me siento mal emocionalmente, me enojo conmigo mismo(a) por sentirme así					
8	Cuando me siento mal emocionalmente, me cuesta trabajo hacer mis deberes y/o tareas					
9	Cuando me siento mal emocionalmente, creo que así me sentiré por mucho tiempo					
10	Cuando me siento mal emocionalmente, me cuesta trabajo ocuparme de otras cosas					
11	Me siento culpable por sentirme mal emocionalmente					
12	Cuando me siento mal emocionalmente, me cuesta trabajo concentrarme					
13	Cuando me siento mal emocionalmente, me cuesta trabajo controlar lo que hago					
14	Cuando me siento mal emocionalmente, creo que no					

	hay nada que hacer para sentirme mejor					
15	Cuando me siento mal emocionalmente, me molesto conmigo mismo(a) por sentirme así					
16	Cuando me siento mal emocionalmente, me empiezo a sentir muy mal conmigo mismo(a)					
17	Cuando me siento mal emocionalmente, creo que no puedo hacer otra cosa que dejarme llevar por mi estado de ánimo					
18	Cuando me siento mal emocionalmente, creo que no puedo hacer otra cosa que dejarme llevar por mi estado de ánimo					
19	Cuando me siento mal emocionalmente, se me dificulta pensar en algo más					
20	Cuando me siento mal emocionalmente, necesito mucho tiempo para sentirme mejor					



