Behavioral Psychology / Psicología Conductual, Vol. 23, Nº 2, 2015, pp. 245-264

SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN ADOLESCENTES Y VARIABLES ASOCIADAS AL CONTEXTO ESCOLAR Y CLÍNICO

Joana Jaureguizar, Elena Bernaras, Marian Soroa,
Marta Sarasa y Maite Garaigordobil
Universidad del País Vasco (España)

Resumen

El presente estudio analiza la tasa de sintomatología depresiva en escolares adolescentes y su relación con otros factores del ámbito escolar y clínico, con el objetivo último de llegar a un modelo predictor de la sintomatología depresiva en el contexto escolar. La muestra estaba compuesta por 1.285 estudiantes de 12 a 16 años. Los participantes rellenaron el "Cuestionario de depresión para niños" (CDS) y el autoinforme de personalidad S3 del "Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes" (BASC) y los tutores informaron sobre el rendimiento académico. Se encontró una prevalencia de 3,8% de participantes con sintomatología depresiva grave, hallándose puntuaciones significativamente superiores en las mujeres, si bien no se hallaron diferencias en función de la edad. Las variables predictoras en ambos sexos fueron: estrés social, atipicidad, ansiedad, sentido de incapacidad y somatización. En el caso de los varones el locus de control externo también fue un predictor y en las mujeres lo fue la autoestima. Se discuten las implicaciones de estos resultados, así como las propuestas para estudios futuros.

PALABRAS CLAVE: *depresión, adolescencia, escuela, predictor*.

Abstract

The present study analyzes the prevalence of depressive symptomatology in a sample of adolescent school students and how it is related to other factors in the school and clinical environments, with the ultimate aim of obtaining a predictive model for depressive symptomatology in the school environment. The sample was made up of 1285 students aged 12 to 16. Participants filled out the Children's Depression Scale (CDS) and the Behavior Assessment System for Children (BASC S3), while their class teachers provided information on the academic performance of each student. The study found a prevalence of 3.8% of participants with severe depressive symptomatology, with significantly higher scores in girls, though there were no differences by age. The most prominent predictors in both sexes were: social stress, atypicality, anxiety, feelings of incompetence and somatization. For boys, external locus of control was also a

---

Este estudio ha sido financiado por la Universidad del País Vasco (referencias: EHU 11/16; UFI PSIXXI 11/04; IT-638-13).

Correspondencia: Joana Jauregizar, Dpto. de Psicología Evolutiva y de la Educación, Universidad del País Vasco, Barrio Sarriena, s/n 48940 Lejona (España). E-mail: joana.jauregizar@ehu.es

predictor, and in the case of girls, self-esteem. We discuss the implications of these findings and proposals for future research.
KEY WORDS: *depression, adolescence, school, predictor*.

Introducción

La adolescencia es uno de los periodos más críticos en el desarrollo físico, social y psicológico de las personas y en consecuencia un período de especial riesgo para el desarrollo de problemas psicológicos. En esta difícil etapa de la vida, la depresión ha sido considerada como uno de los factores de riesgo para la salud de los adolescentes, que afecta al 4% de quienes tienen entre 12 y 17 años de edad (OMS, 2005) y aumenta en un 50% en las mujeres (OMS, 2008). Actualmente, a nivel mundial, la depresión es la primera causa de enfermedad y discapacidad entre adolescentes de ambos sexos y en edades comprendidas entre los 10 y los 19 años (OMS, 2014). La depresión que se inicia en la adolescencia tiende a persistir y a reaparecer, por lo que la detección precoz resulta esencial (Pelkonen, Marttunen, Kaprio, Huurre y Aro, 2008; Weissman *et al.*, 1999). Además, la depresión influye negativamente en el desarrollo integral de los niños y adolescentes, en su rendimiento académico y en sus relaciones familiares y con iguales, pudiendo desencadenar en suicidio (Bhatia y Bhatia, 2007). A este respecto, la OMS (2013) señala que el suicido es la tercera causa más frecuente de muerte en los adolescentes. No obstante, la detección de la depresión suele ser frecuentemente tardía, ya que puede considerarse "normal" que los adolescentes se muestren melancólicos, con labilidad afectiva y cambios de humor (Kirkcaldy, Siefen y Furnham, 2003).

Aunque los datos sobre la prevalencia de los trastornos depresivos varían en función de la metodología, el tipo de informante, los instrumentos de medida o los criterios diagnósticos utilizados, los estudios realizados hasta el momento muestran que los trastornos depresivos en la infancia y la adolescencia son frecuentes (Thapar, Collishaw, Pine y Thapar, 2012).

El metaanálisis realizado por Costello, Erkanli y Angold (2006), analizando 26 estudios que utilizaron entrevistas diagnósticas estructuradas para realizar el diagnóstico formal del trastorno depresivo en adolescentes, halló tasas de prevalencia que variaban entre el 2,8% en adolescentes menores de 13 años y el 5,6% en adolescentes entre los 13 y 18 años de edad. Otros estudios, sin embargo, arrojan cifras superiores. Essau, Conradt y Petermann (2000), si bien también utilizaron una entrevista clínica para el diagnóstico del trastorno depresivo en una muestra de estudiantes adolescentes de entre 12 y 17 años de edad, la "Entrevista diagnóstica internacional-versión computarizada de Munich" (*Computerized Munich versión of the Composite International Diagnostic Interview*, CAPI; Wittchen y Pfister, 1996), hallaron que el 17,9% de la muestra cumplía los criterios de depresión según el DSM-IV. En esta misma línea, otros estudios que utilizaron pruebas de autoinforme en población no clínica adolescente hallaron tasas similares. Así, Fröjd *et al.* (2008) utilizando la versión finlandesa de la versión de 13 ítems del "Inventario de depresión de Beck" *(Beck*

Depression Inventory, BDI; Beck, 1972), con estudiantes de entre 13 y 17 años de edad hallaron tasas de sintomatología depresiva del 18,4% en mujeres y del 11,1% en varones. Lazaratou, Dikeos, Anagnostopoulos y Soldatos (2010), por su parte, hallaron tasas aún superiores (26%) en adolescentes de entre 15 y 18 años de edad utilizando la "Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos" (*Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*, CESD; Radloff, 1977).

En España, existen varios estudios realizados con población no clínica adolescente en los que se utilizó el "Inventario de depresión infantil" (*Children's Depression Inventory*, CDI; Kovacs, 1992) combinado con entrevistas. Por ejemplo, Canals, Martí-Henneberg y Domènech (1995) estimaron la prevalencia de depresión mayor en un 1,8% en niños de 9 años, en 2,3% en adolescentes de 13 y 14 años y en 3,4% en jóvenes de 18 años. Por su parte, Domènech, Subirá y Cuxart (1996) encontraron una prevalencia del 4,2% para la depresión mayor, un 14% para sintomatología distímica y un 12,4% de labilidad afectiva. Por otro lado, Escriba *et al*. (2005) utilizaron el "Cuestionario de depresión para niños" (*Children's Depression Scale*, CDS; Lang y Tisher, 1978) y encontraron que el 10,3% de los adolescentes presentaba sintomatología depresiva (de carácter leve en un 8,4% y grave en un 1,8%). En otro estudio en el que se utilizó el BDI se halló un porcentaje del 22,5% de cuadros depresivos, de los cuales el 13,8% presentaba sintomatología leve, el 5,9 sintomatología moderada y el 2,8% sintomatología grave (Sanchis y Simón, 2012). Otros estudios informan de tasas aún más elevadas: así, en un estudio en el que se utilizaron diversas fuentes de información (autoinformes, padres y profesorado) con adolescentes que habían sido derivados a servicios de salud mental para tratamiento psicológico, el porcentaje observado fue del 14,4 % en edades de 10 a 13 años y del 19,5% en adolescentes de 14 a 18 años (Aláez, Martínez-Arias y Rodríguez-Sutil, 2000).

En cuanto a la relación entre la sintomatología depresiva y la edad de los adolescentes, según algunos estudios, la sintomatología depresiva va en aumento a medida que los adolescentes avanzan en edad (Compas, Connor-Smith y Jaser, 2004; Kim, 2003), mientras que otros estudios no hallan una relación destacable entre la edad y la sintomatología depresiva de los adolescentes (Moksnes, Moljord, Espnes y Byrne, 2010).

En lo que sí parecen coincidir los diversos estudios sobre la temática, es en una mayor prevalencia de sintomatología depresiva en mujeres que en varones, una vez superada la pubertad (con un ratio aproximado de 2:1), tanto en muestras epidemiológicas como clínicas e independientemente de la metodología utilizada (Aalto-Setälä, Marttunen, Tuulio-Henriksson, Poikolainen y Lönnqvist, 2002; Auerbach, Bigda-Peyton, Eberhart, Webb y Ho, 2011; Hyde, Mezulis y Abramason, 2008; Ranney *et al.,* 2013; Sanchís y Simón, 2012; Thapar *et al.,* 2012; Wade, Cairney y Pevalin, 2002). Alaez *et al.* (2000) también observaron que la mayor prevalencia de trastornos depresivos se producía en mujeres menores de 18 años. Del mismo modo, Essau, Lewinsohn, Seeley y Sasagawa (2010) comprobaron una mayor incidencia en chicas que en chicos y hallaron que en la adolescencia la depresión cursa de forma más crónica. Además, observaron que cuanto menor era la edad de inicio de la sintomatología en las chicas la evolución era peor. El hecho

de que las mujeres adolescentes sientan mayor culpabilidad, fracaso e insatisfacción con su imagen corporal (Bennet, Ambrosini, Kudes, Metz y Rabinovich, 2005) puede explicar esta mayor prevalencia en comparación con los varones. Hyde *et al.* (2008), por su parte, aportan una teoría más amplia que integra factores afectivos, biológicos y cognitivos que, combinados con una vulnerabilidad al estrés, podría explicar las diferencias de sexo en la depresión adolescente. Así, según los autores, las mujeres adolescentes muestran en mayor medida un estilo cognitivo negativo -caracterizado por sentimientos de indefensión y mayor tendencia a la rumiación (especialmente asociada a su imagen interpersonal y corporal)-, un temperamento caracterizado por la emocionalidad negativa (afectos negativos, mayor reactividad emocional, baja capacidad de adaptación…) y una mayor vulnerabilidad biológica (vulnerabilidad genética, las consecuencias de una pubertad temprana y los cambios hormonales asociados a la pubertad).

Pero la investigación en torno a la sintomatología depresiva no debe centrarse únicamente en factores aislados, sino que debe tener en cuenta los factores de riesgo interconectados (Compas, Grant y Ey, 1994) y el contexto en el que se desarrollan. Así, los contextos de socialización del adolescente y, en especial, el entorno escolar, merecen una atención especial, por su gran relevancia en esta etapa evolutiva y por la importancia que adquieren en el ajuste personal del adolescente (Estévez, Musitu y Herrero, 2005; Guterman, Hahm y Cameron, 2002; Liu, 2003; Stein, Williamson, Bimaher, Brent y Kaufman, 2000).

Concretamente, en la línea de lo propuesto por Perry y Weinstein (1998), en el ámbito escolar se pueden distinguir tres grandes áreas que adquieren gran importancia en el ajuste del adolescente: el académico (destacando el rendimiento escolar), el social (especialmente la calidad de las relaciones con los iguales) y el comportamental (síntomas exteriorizados e interiorizados). Los adolescentes con problemas de ajuste escolar suelen tener dificultades en más de un ámbito de los descritos (Roeser, Eccles y Sameroff, 1998; Roeser, Eccles y Strobel, 1998), mientras que la habilidad de percibir emociones es un predictor estable de un menor desajuste clínico y emocional y de un mayor ajuste personal (Palomera, Salguero y Ruiz-Aranda, 2012).

En cuanto al ámbito académico, son varias las investigaciones que corroboran la relación entre la sintomatología depresiva y el bajo rendimiento académico (Aalto-Setälä, Marttunen, Tuulio-Henriksson, Poikolainen y Lönnqvist, 2002; Hammen, Brennan y Le Brocque, 2011; Sajjadi *et al.,* 2013). Verboom, Sijtsema, Verhulst, Penninx y Ormel (2014) opinan que un rendimiento académico pobre es, a la vez, un precursor y una consecuencia de problemas depresivos. Según estos autores, el bajo rendimiento académico produce una retroalimentación negativa de los padres, compañeros de clase y maestros, y esta retroalimentación negativa puede dar lugar a autopercepciones negativas, que posteriormente pueden desencadenar problemas de depresión. Galicia, Sánchez y Robles (2013) se refieren concretamente a las creencias de autoeficacia, que "conducen a dudar de las propias capacidades y generar sentimientos negativos, una sensación de ansiedad, de falta de control, de desamparo y/o de depresión" (p. 496). Esta misma línea, Roeser *et al.* (1998b) indicaban que los estudiantes con bajo rendimiento escolar

tienen un autoconcepto académico muy bajo y atribuciones negativas sobre su capacidad (sentido de incapacidad). Estas autoevaluaciones negativas pueden conllevar estrés interiorizado (tristeza, ansiedad, sentimiento de vergüenza, culpa o retraimiento) o exteriorizado (enfado, frustración o rabia dirigida hacia los demás). Así, se crea un proceso circular en el que las dificultades académicas alimentan los problemas emocionales y éstos a su vez, aumentan las dificultades académicas de los estudiantes. Por otro lado, tal y como argumentan Verboom *et al.* (2014), también se ha hallado que el alumnado con síntomas depresivos suele mostrar mayor absentismo escolar y menor nivel de participación en las actividades escolares, lo que puede conllevar un peor rendimiento académico.

No obstante, algunos estudios muestran que la asociación entre depresión y rendimiento académico es débil (Verboom *et al.,* 2014) o inexistente (Reinherz *et al.,* 1993) o depende de los instrumentos utilizados o de las asignaturas evaluadas (Galicia, Sánchez y Robles, 2009). Así, por ejemplo, Fröjd *et al.* (2008) hallaron que, en el caso de los chicos, la depresión moderada estaba asociada a una mejoría del rendimiento académico, que podría explicarse por el estrés y el cansancio que viven los jóvenes por mantener ese nivel académico alto. Por lo tanto, parece importante analizar la relación entre depresión y rendimiento académico en función del sexo de los adolescentes, ya que no sólo así lo defienden Fröjd *et al.* (2008), sino también Undheim y Sund (2005), quienes hallaron resultados diferentes en chicos y chicas. En su estudio longitudinal hallaron que en el caso de las chicas, los niveles de depresión del año anterior, el apoyo del profesorado, el estrés escolar y las calificaciones escolares predecían la depresión un año después, mientras que en el caso de los chicos, la única variable que predecía la depresión era el nivel de depresión del año anterior, y no así, por ejemplo, las calificaciones escolares. Otros estudios apoyan esta hipótesis de que la relación depresión-rendimiento académico no es muy sólida en el caso de los varones (McCarhty *et al.,* 2008; Patterson y Stoolmiller, 1991; Reinherz, Giaconia, Hauf, Wasserman y Silverman, 1999). Por su parte, McCarthy *et al.* (2008) y Verboom *et al.* (2013) argumentan que las mujeres pueden ser más vulnerables psicológicamente a las experiencias de fracaso escolar, en comparación con los varones. Bennet *et al.* (2005) hallaron que las mujeres adolescentes con depresión tenían mayores problemas de concentración que los varones, lo que podría estar relacionado con las rumiaciones, más frecuentes en chicas que en chicos.

En lo referente a la relación entre la sintomatología depresiva y el ajuste social de los adolescentes, según la revisión realizada por Platts, Kadosh y Lau (2013), estudios longitudinales han encontrado que el estrés psicosocial es un predictor importante de la depresión en adolescentes. Además, estos mismos autores sugieren que esta relación entre el estrés psicosocial (y concretamente el rechazo de iguales) y la depresión puede ser recíproca, ya que no sólo el tener problemas en las relaciones con los iguales puede conllevar depresión en adolescentes, sino que los mismos síntomas depresivos (con la vulnerabilidad cognitiva que conlleva, interpretaciones negativas, tendencia a buscar la confirmación de los pensamientos negativos…) pueden dificultar las relaciones con los iguales. De hecho, Hur, Kim y Kim (2011) en su estudio sobre el suicidio en los adolescentes, indicaron que la relación entre la depresión y ansiedad y la probabilidad de suicidio

en los adolescentes estaba mediada por aspectos psicosociales tales como las relaciones sociales y la autoestima. En esta misma línea, Moksnes *et al.* (2010) hallaron que la autoestima era una variable que moderaba la relación entre la depresión y el estrés, si bien el efecto moderador era bajo, aunque significativo. Por lo tanto, estos estudios nos confirman la importancia de seguir ahondando en las complejas relaciones entre la depresión, la ansiedad, las relaciones sociales y la autoestima, de cara a diseñar programas preventivos y de intervención en adolescentes.

Teniendo en cuenta las investigaciones previas en torno a esta temática, en este estudio se han propuesto tres objetivos principales: 1) analizar la tasa de sintomatología depresiva en una muestra de adolescentes de la comunidad autónoma del País Vasco; 2) explorar si existen diferencias en sintomatología depresiva en función del sexo y la edad de los participantes; y 3) obtener dos modelos predictivos (uno para escolares adolescentes mujeres y otro para varones) de la sintomatología depresiva, que ayude a detectar factores explicativos de la depresión adolescente y así entender mejor esta patología.

Método

Participantes

Participaron 1.335 estudiantes de ocho centros escolares (5 públicos y 3 concertados) de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) de la comunidad autónoma del País Vasco. Del total de estudiantes se excluyeron 18 (1,3%) por errores u omisiones en las respuestas a la batería de evaluación y 32 (2,4%) por ser menores de 12 años o mayores de 16 (criterio que se decidió por las condiciones establecidas por las baterías de evaluación utilizadas). La muestra final estuvo formada por 1.285 escolares, 49,5% mujeres (n= 636) y 50,5% varones (n= 649), con una media de edad de 13,73 (DT= 1,2), no existiendo diferencias significativas en la edad de los escolares en función de su sexo, $t(1283)= -0{,}22$; $p= 0{,}83$. El promedio de alumnos por aula fue de 18 y la distribución por curso y sexo aparece en la tabla 1, $\chi^2(3, n= 1285)= 13{,}78$; $p> 0{,}001$; V de Cramer= 0,10. Del total de participantes, 1.145 realizaron las pruebas diagnósticas en euskera y 140 (11%) en español.

Tabla 1
Distribución de la muestra por sexo y curso

Sexo		Curso de la ESO				Total
		1º	2º	3º	4º	
Varón	*n*	176	150	146	177	649
	%	27,1	23,1	22,5	27,3	100
Mujer	*n*	119	179	153	185	636
	%	18,7	28,1	24,1	29,1	100
Total	*n*	295	329	299	362	1285
	%	23	25,6	23,3	28,2	100

Instrumentos

a) "Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes" (*Behaviour Assessment System for Children*, BASC; Reynolds y Kamphaus, 1992), en su adaptación española (González, Fernández, Pérez y Santamaría, 2004). El BASC es un sistema de evaluación multidimensional diseñado para la valoración de dimensiones tanto positivas (escalas adaptativas) como negativas (escalas clínicas) del comportamiento y de la personalidad del adolescente. Este instrumento es empleado regularmente en la investigación sobre psicopatología e inadaptación socioemocional en niños y adolescentes. En la presente investigación se ha utilizado el autoinforme de personalidad S3 (BASC S3), destinado a adolescentes con edades comprendidas entre los 12 y los 18 años. El autoinforme de personalidad S3 es un inventario que consta de 185 enunciados que han de ser contestados como verdadero o falso. Presenta 14 escalas, agrupadas en escalas clínicas y adaptativas. Las escalas clínicas son las siguientes: Actitud negativa hacia el colegio (sentimientos de alienación, hostilidad e insatisfacción respecto del colegio), Actitud negativa hacia los profesores (sentimientos de antipatía hacia los profesores, creencias de que los docentes son injustos, que no prestan la suficiente atención al alumnado o que exigen demasiado), Búsqueda de sensaciones (necesidad de sensaciones y experiencias variadas, nuevas y complejas y el deseo de asumir riesgos físicos y sociales por tales experiencias), Atipicidad (tendencia a tener cambios bruscos de ánimo, ideas extrañas, experiencias inusuales o pensamientos obsesivo compulsivos y conductas que se consideran "raras"), Locus de control (creencia de que los premios y castigos están controlados por eventos externos o por otras personas), Somatización (tendencia a quejarse de problemas físicos relativamente poco importantes como expresión de dificultades psicológicas), Estrés social (el nivel de estrés que se experimenta en las interacciones con los demás), Ansiedad (sentimientos de nerviosismo, preocupación y miedo; tendencia a sentirse desbordado por los problemas), Depresión (síntomas habituales de la depresión, incluyendo sentimientos de soledad y tristeza e incapacidad para disfrutar de la vida) y Sentido de incapacidad (percepciones de no tener éxito en el colegio, dificultad para conseguir los propios objetivos e incapacidad general). Por otra parte, las cuatro escalas adaptativas son las siguientes: Relaciones interpersonales (percepción de tener buenas relaciones sociales y amistades con los compañeros), Relaciones con los padres (consideración positiva hacia los progenitores y sentimiento de que ellos le estiman), Autoestima (sentimientos de autoestima, autorrespeto y autoaceptación) y Confianza en sí mismo (confianza en la propia capacidad para resolver problemas, creencia en la propia independencia y en la capacidad de decidir por uno mismo). La consistencia interna de las subescalas fue adecuada, a excepción de la subescala de Confianza en sí mismo, con una baja fiabilidad (α= 0,40), en la línea de lo hallado en la adaptación española de la prueba (González *et al.,* 2004), por lo que la interpretación de esta subescala requiere una gran cautela. La consistencia interna del resto de las subescalas fue la siguiente: Actitud negativa hacia el colegio (α= 0,80), Actitud

negativa hacia los profesores (α= 0,77), Búsqueda de sensaciones (α= 0,70), Atipicidad (α= 0,77), Locus de control (α= 0,73), Somatización (α= 0,63), Estrés social (α= 0,82), Ansiedad (α= 0,81), Depresión (α= 0,81), Sentido de incapacidad (α= 0,70), Relaciones interpersonales (α= 0,79), Relaciones con los padres (α= 0,70) y Autoestima (α= 0,84).

b) "Cuestionario de depresión para niños" (*Children's Depression Scale*, CDS; Lang y Tisher, 1997), adaptación española de Seisdedos (2003) y adaptación al euskera de Balluerka, Gorostiaga y Haranburu (2012). Se trata de un instrumento de evaluación global y específica de la depresión para niños de entre 8 y 16 años de edad. Contiene 66 ítems, 48 de tipo depresivo y 18 de tipo positivo. Estos dos conjuntos de ítems se agrupan en dos subescalas generales independientes: Total depresivo (TD, p. ej., "A menudo pienso que nadie se preocupa por mí") y Total positivo (TP, p. ej., "Me divierto con las cosas que hago"). El TD consta de seis subescalas: Respuesta afectiva, Problemas sociales, Autoestima, Preocupación por la muerte/salud, Sentimiento de culpabilidad y Depresivos varios (incluye aquellas cuestiones de tipo depresivo que no pudieron agruparse para formar una entidad). El TP contiene dos subescalas: Ánimo-Alegría y Positivos varios (incluye aquellas cuestiones de tipo positivo que no pudieron agruparse para formar una entidad y cuya ausencia puede suponer importantes manifestaciones depresivas en el niño o adolescente). En este estudio la consistencia interna de la dimensión Total depresivo (α= 0,93) era excelente y la dimensión Total positivo fue buena (α= 0,81). Siguiendo el criterio de los autores del instrumento (Balluerka *et al.,* 2002; Lang y Tisher, 1997; Seisdedos, 2003), en la dimensión Total depresivo (TD) se ha utilizado el decatipo 8 (puntuación directa= 167) para considerar la puntuación obtenida clínicamente significativa.

c) Rendimiento académico*.* Los profesores tutores informaron del rendimiento académico de cada uno de los estudiantes que participaron en el estudio. Los profesores debían indicar el nivel académico de cada uno de ellos en comparación con el rendimiento medio de los compañeros de clase en una escala tipo Likert de 5 puntos: 1 (muy por encima de la media de la clase), 2 (por encima de la media de la clase), 3 (en la media de la clase), 4 (por debajo de la media de la clase) y 5 (muy por debajo de la media de la clase).

Procedimiento

Se realizó el contacto con centros escolares (públicos y concertados) de las tres provincias de la comunidad autónoma del País Vasco. A través de entrevistas personales con el equipo directivo de los centros, se explicó el objetivo del estudio, el procedimiento a seguir y los instrumentos a utilizar. Una vez que los centros escolares aceptaron participar en el estudio, se pactó con ellos las condiciones del envío del protocolo de consentimiento informado a las familias. El alumnado participante entregó el consentimiento firmado por sus familias al centro escolar (un 80% accedió a participar) y se procedió a la aplicación de las pruebas. Las

pruebas se aplicaron en todas las aulas de todos los cursos de la ESO de cada centro, a excepción de un centro en el que sólo participaron alumnos de 4º de la ESO, por dificultades de agenda.

Los dos instrumentos de evaluación que rellenaron los alumnos fueron administrados de forma colectiva por miembros del equipo de investigación. El orden de administración de las pruebas fue el mismo en todos los grupos de clase: primero el BASC S3 y a continuación el CDS. Las instrucciones para cumplimentar los cuestionarios fueron leídas en voz alta en el aula. Los estudiantes respondieron los dos cuestionarios en horario regular de clase, necesitando aproximadamente una hora para realizarlo. Los tutores, por su parte, completaron un informe en el que indicaban el rendimiento académico de cada uno de los alumnos, a los cuales se identificaba con una clave.

Una vez finalizada la recogida de datos, se preparó un informe a cada centro escolar con los resultados generales obtenidos y, más específicamente, se informó de los casos con sintomatología depresiva grave y los que presentaban alto riesgo de padecerla, para que los centros escolares pudieran tomar las medidas oportunas.

Análisis de datos

En primer lugar, se calcularon los porcentajes de alumnos que presentaban sintomatología depresiva según el CDS. A través de un análisis de *t* de Student se compararon las medias en sintomatología depresiva de los estudiantes varones y mujeres de la muestra. Además, se realizó un análisis de la varianza 2 (sexo: chico vs. chica) x 3 (edad de los escolares: 12-13 años; 14-15 años; 16 años) siendo la variable dependiente la depresión (Total depresivo del CDS). En segundo lugar, se calcularon las correlaciones entre las variables predictoras entre sí y, entre ellas y la sintomatología depresiva. Asimismo, se comprobó la relación entre la sintomatología depresiva y el rendimiento académico en función del sexo, a través de un análisis de la varianza 2 (sexo: chico vs. chica) x 5 (rendimiento académico: muy por encima de la media de la clase, por encima de la media de la clase, en la media de la clase, por debajo de la media de la clase y muy por debajo de la media de la clase), siendo la variable dependiente la sintomatología depresiva (Total depresivo del CDS). Como índice de tamaño del efecto se utilizó el estadístico eta cuadrado parcial (η^2 parcial). Para el análisis de contrastes a posteriori se utilizó el método de corrección de Bonferroni para controlar la tasa de error de tipo I, con alfa< 0,05.

Finalmente, para llegar a un modelo predictor de la sintomatología depresiva, se realizaron análisis de regresión lineales diferenciados para varones y mujeres, donde la variable dependiente fue la sintomatología depresiva medida a través del CDS y como variables predictoras se incluyeron las subescalas del BASC S3 y el rendimiento académico. Se analizó el tamaño del efecto teniendo en cuenta los coeficientes R^2 y siguiendo los criterios de significatividad de Cohen (1988) (tamaño del efecto pequeño, medio o grande cuando R^2 toma valores 0,20, 0,40 o 0,80, respectivamente). Los datos no mostraron multicolinealidad entre las variables predictoras.

Todos los análisis de datos se realizaron con el paquete estadístico IBM SPSS Statistics 20 (IBM Corp., 2011).

Resultados

Tasa de sintomatología depresiva en función del sexo y la edad

Teniendo en cuenta los resultados del CDS, un 3,8% del alumnado del estudio mostraba sintomatología depresiva grave (puntuación directa igual o superior a 167). Se hallaron diferencias estadísticamente significativas en función del sexo del alumnado, mostrando las mujeres puntuaciones más elevadas en el CDS (*M*= 108,75; *DT*= 30,01) que los varones (*M*= 102,22; *DT*= 28,89), *t* (1258)= -3,93; *p*< 0,001, aunque el tamaño del efecto fue bajo (*g*= 0,22). Por otro lado, a través de un análisis ANOVA (variable dependiente: puntuación directa del CDS en la subescala Total depresivo) no se hallaron diferencias significativas en función de la edad (*F* [2, 1254]= 3,44; *p*> 0,001; η^2= 0,005) y la interacción sexo-edad tampoco resultó significativa (*F* [2, 1254]= 0,74; *p*> 0,001; η^2= 0,001).

Relación entre la sintomatología depresiva y variables del contexto social-escolar y clínico

En la tabla 2 se muestra la matriz de correlaciones entre la sintomatología depresiva medida a través del CDS y otras variables del contexto social, escolar y clínico medidas a través del BASC S3. Cabe destacar que la sintomatología depresiva correlacionó positivamente con el sentido de incapacidad (*r*= 0,62), la actitud negativa hacia el colegio (*r*= 0,27) y hacia los profesores (*r*= 0,33), el rendimiento académico (*r*= 0,12), el estrés social (*r*= 0,69), la ansiedad (*r*= 0,61), la somatización (*r*= 0,54), la búsqueda de sensaciones (*r*= 0,20), el locus de control externo (*r*= 0,61) y la atipicidad (*r*= 0,66), y negativamente con la autoestima (*r*= -0,53), las relaciones interpersonales (*r*= -0,45), las relaciones con los padres (*r*= -0,34) y la confianza en sí mismo (*r*= -0,35).

Por otro lado, con el objetivo de analizar si había diferencias en la sintomatología depresiva en función del rendimiento académico y del sexo de los estudiantes, se realizó un análisis ANOVA. Se halló un efecto principal tanto del sexo (*F* [1, 1091]= 20,58; *p*< 0,001; η^2= 0,02) como del rendimiento académico (*F* [4, 1091]= 7,62; *p*< 0,001; η^2= 0,03) sobre la puntación del CDS, si bien la interacción entre ambos factores no fue significativa (*F* [4, 1091]= 1,03; *p*> 0,001; η^2= 0,004). Según las comparaciones múltiples por pares corregidas mediante la "corrección de Bonferroni", los estudiantes con un rendimiento académico muy por debajo de la media tenían puntuaciones significativamente superiores de sintomatología depresiva que los estudiantes con un rendimiento medio (*p*< 0,05), que los de un rendimiento superior a la media (*p*< 0,05) y que los de un rendimiento muy superior a la media (*p*< 0,05).

Tabla 2

Medias, desviaciones típicas y correlaciones entre la sintomatología depresiva y variables del contexto social, escolar y clínico

Variables	*M*	*DT*	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Sintomatología depresiva																
1. Depresión (CDS)	105,45	29,65	--													
Contexto social-escolar																
2. Autoestima	49,70	10,05	-0,53**	--												
3. Sentido incapacidad	49,73	9,48	0,62**	-0,48**	--											
4. Act. negativa colegio	55,21	10,89	0,27**	-0,21**	0,37**	--										
5. Act. negativa profesores	50,68	10,57	0,33**	-0,27**	0,43**	0,54**	--									
6. Rel. Interper-sonales	50,08	10,46	-0,45**	0,39**	-0,39**	-0,12**	-0,15**	--								
7. Rel. con padres	49,31	10,70	-0,34**	0,32**	-0,37**	-0,24**	-0,34**	0,30**	--							
8. Confianza sí mismo	48,19	9,64	-0,35**	0,33**	-0,41**	-0,20**	-0,22**	0,36**	0,34**	---						
9. Rendimento académico	2,80	1,06	0,12**	-0,08**	0,30**	0,23**	0,18**	-0,13**	-0,22**	-0,24**	--					
Contexto clínico																
10. Estrés social	48,81	10,26	0,69**	-0,55**	0,55**	0,19**	0,29**	-0,69**	-0,35**	-0,33**	0,11**	--				
11. Ansiedad	46,07	10,79	0,61**	-0,43**	0,46**	0,13**	0,22**	-0,31**	-0,14**	-0,28**	-0,01	0,55**	--			
12. Somatización	50,22	10,24	0,54**	-0,39**	0,46**	0,25**	0,29**	-0,39**	-0,28**	-0,29**	0,13**	0,50**	0,37**	--		
13. Búsq. sensaciones	50,02	9,55	0,20**	-0,09**	0,20**	0,28**	0,26**	-0,06	-0,23**	0,03	0,23**	0,13**	0,04	0,16**	--	
14. Locus control ext.	48,41	10,19	0,61**	-0,44**	0,58**	0,29**	0,39**	-0,38**	-0,46**	-0,34**	0,21**	0,60**	0,44**	0,44**	0,25**	--
15. Atipicidad	50,61	10,11	0,66**	-0,40**	0,49**	0,27**	0,36**	-0,39**	-0,33**	-0,29**	0,14**	0,58**	0,55**	0,51**	0,37**	0,59**

Notas: CDS= Cuestionario de depresión para niños. ***p*≤ 0,01 (bilateral).

Modelo de predicción de la sintomatología depresiva

Se llevó a cabo un análisis de regresión lineal múltiple con el objetivo de llegar a un modelo de predicción de la sintomatología depresiva en los estudiantes de Educación Secundaria de la muestra. Dado que tanto la literatura científica como los resultados del presente estudio avalan las diferencias en sintomatología depresiva en función del sexo, se llevaron a cabo análisis de regresión lineal de forma separada para los participantes varones y mujeres. En el caso de los varones, se hallaron seis variables predictoras de la sintomatología depresiva, que ordenadas por su valor predictivo (β) serían las siguientes: estrés social (β= 0,22), atipicidad (β= 0,21), ansiedad (β= 0,18), sentido de incapacidad (β= 0,13), locus de control externo (β= 0,11) y somatización (β= 0,10) (tabla 3). Este modelo explicaría el 65% de la varianza de la sintomatología depresiva (F[14, 519]= 70,72; p< 0,001; R^2= 0,65), siendo la magnitud del tamaño del efecto medio.

Tabla 3

Modelo de regresión lineal predictor de la depresión en estudiantes según el sexo

Modelo	Chicos				Chicas			
	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	
	B	Error típico	β	*t*	B	Error típico	β	*t*
Constante	-28,62	14,96		-1,91	-28,62	14,96		-1,91
Actitud negativa hacia el colegio	-0,04	0,09	-0,43	-0,43	-0,04	0,09	-0,43	-0,43
Actitud negativa hacia los profesores	0,01	0,09	0,01	0,11	0,01	0,09	0,01	0,11
Búsqueda de sensaciones	0,14	0,09	0,05	1,53	0,14	0,09	0,05	1,53
Atipicidad	0,57	0,11	0,21	5.35***	0,57	0,11	0,21	5.35***
Locus de control externo	0,33	0,11	0,11	2,97*	0,33	0,11	0,11	2,97*
Somatización	0,31	0,10	0,10	2,98*	0,31	0,10	0,10	2,98*
Estrés social	0,63	0,14	0,22	4,63***	0,63	0,14	0,22	4,63***
Ansiedad	0,49	0,09	0,18	5,20***	0,49	0,09	0,18	5,20***
Sentido de incapacidad	0,44	0,13	0,13	3,42*	0,44	0,13	0,13	3,42*
Relaciones interpersonales	0,03	0,11	0,01	0,31	0,03	0,11	0,01	0,31
Relaciones con los padres	0,08	0,09	0,03	0,82	0,08	0,09	0,03	0,82
Autoestima	-0,15	0,10	-0,05	-1,53	-0,15	0,10	-0,05	-1,53
Confianza en sí mismo	-0,15	0,09	-0,05	-1,59	-0,15	0,09	-0,05	-1,59
Rendimiento académico	0,33	0,79	0,01	0,42	0,33	0,79	0,01	0,42

Notas: Variable dependiente: Total depresión ("Cuestionario de depresión para niños", CDS). ***p< 0,001; *p< 0,05.

En cuanto a los factores predictores de la sintomatología depresiva en las mujeres, los resultados variaron ligeramente, hallándose también seis factores

predictores: estrés social (β= 0,26), atipicidad (β= 0,20), ansiedad (β= 0,17), sentido de incapacidad (β= 0,17), somatización (β= 0,11) y autoestima (β= -0,10) (tabla 3). Este modelo explicaría el 68% de la varianza de la sintomatología depresiva (F [14, 505]= 79,53; p< 0,001; R^2= 0,68), lo que correspondería a un tamaño del efecto medio.

Discusión

El estudio de la depresión en la adolescencia adquiere gran importancia por los efectos que esta patología tiene a corto, medio y largo plazo en el desarrollo de los individuos, y por la especial vulnerabilidad de esta etapa evolutiva. El objetivo del presente estudio era analizar la sintomatología depresiva de los adolescentes en un ámbito de socialización especialmente relevante para ellos: el ámbito escolar.

Las tasas de sintomatología depresiva grave halladas en la muestra (3,8%) fueron muy cercanas al 4% señalada por la OMS (2005). Dicha cifra es similar a la hallada en otros estudios con muestra española que exploraron la presencia de sintomatología depresiva grave (Canals *et al.,* 1995; Escribá *et al.,* 2012; Sanchís y Simón, 2012), aunque ligeramente inferior al 5,6% hallado por Costello *et al.* (2006) en su metaanálisis y significativamente inferior a otros estudios internacionales (Essau *et al.,* 2000; Fröjd *et al.,* 2008; Lazaratou *et al.,* 2010). No resulta sencillo realizar comparaciones entre estudios que utilizan instrumentos de evaluación diferentes o que no indican claramente si se trata de sintomatología depresiva grave, moderada o leve (como es el caso del estudio de Aláez *et al.,* 2000). De todas formas, una cifra del 3,8% es digna de consideración, por lo que resulta importante ponerla en conocimiento de los diferentes profesionales que trabajan con la población adolescente.

Se encontró que las mujeres mostraban niveles de sintomatología depresiva superiores a los de los varones, en consonancia con los resultados de otros estudios (Aalto-Setälä, *et al.,* 2002; Aláez *et al.,* 2000; Auerbach *et al.,* 2011; Ranney *et al.,* 2013; Sanchís y Simón, 2012). Por el contrario, no se hallaron diferencias significativas en cuanto a la edad de los estudiantes, en la línea de lo hallado por Moksnes *et al.* (2010). Estos resultados ponen de manifiesto las diferencias entre varones y mujeres en cuanto a los trastornos del estado de ánimo, diferencias que se mantienen en la edad adulta. Por lo tanto, habría que analizar cuáles son los factores que influyen en esta preponderancia del sexo femenino, y sobre cuáles se podría intervenir de forma temprana, aprovechando para ello las ventajas de poder realizar programas de intervención en el ámbito escolar (posibilidad de abarcar a un mayor número de personas, de implicar también a padres y profesores, de realizar programas de prevención primaria, etc.). Para ello, resulta necesario analizar cuáles son los factores explicativos de la sintomatología depresiva en el caso de las mujeres y de los varones.

Uno de los factores que mayor atención ha recibido en estudiantes adolescentes ha sido el rendimiento académico, si bien los hallazgos sobre la relación entre la sintomatología depresiva y el rendimiento académico no son concluyentes. En el presente estudio, la relación hallada entre el rendimiento

académico y la sintomatología depresiva ha sido muy baja, aunque se encontró que aquellos estudiantes con un rendimiento muy deficiente mostraban tasas de sintomatología depresiva significativamente superiores, tal y como indican otros estudios (Aalto-Setälä *et al.,* 2002; Hammen *et al.,* 2011; Sajjadi *et al.,* 2013). No obstante, el rendimiento académico no fue un predictor significativo de la sintomatología depresiva ni en el caso de los varones ni en el de las mujeres.

Fueron seis los factores predictores de la sintomatología depresiva identificados en el presente estudio. Cinco de ellos fueron coincidentes en la muestra de varones y mujeres: estrés social, atipicidad, ansiedad, sentido de incapacidad y somatización. Cabe destacar el peso predictor del estrés social en la depresión: los niveles altos de estrés que los adolescentes viven en sus relaciones sociales guarda una estrecha relación con los niveles altos de sintomatología depresiva. Boulard, Quertemont, Gauthier y Born (2012), entre otros, también hallaron que el estrés social era la variable predictora más importante de todas las variables que estudiaron asociadas al contexto escolar. Por lo tanto, los resultados parecen indicar que el sentimiento de soledad en la adolescencia, la percepción de que los demás dejan a uno al margen o que están en contra de uno y de que los demás se divierten más, serían un factor de riesgo en el desarrollo de la depresión. No obstante, no podemos concluir que el estrés social provoque los síntomas depresivos, ni que los síntomas depresivos provoquen estrés social. Probablemente, tal y como señalaron Platts *et al.* (2013), se trate de una relación bidireccional entre la sintomatología depresiva y los problemas de relación con los iguales. Del mismo modo, el estudio longitudinal de Verboom *et al.* (2003) demostró una relación bidireccional entre la depresión y los problemas sociales, en la que una alimenta a la otra. No obstante, llama la atención que el estrés social (una escala clínica) se muestre como un factor de riesgo, y sin embargo la subescala de relaciones interpersonales (una escala adaptativa), tal y como viene definida en el BASC, no aparezca como un factor protector. Estos datos apuntan en la misma dirección que los obtenidos en estudios sobre acoso escolar y depresión que han confirmado que las víctimas de acoso sufren muchos síntomas depresivos (Garaigordobil, 2011, 2013) lo que redundaría en la importancia de promover relaciones positivas entre los adolescentes para inhibir los síntomas depresivos asociados a la victimización.

Otro factor predictor de la sintomatología depresiva fue la atipicidad que, se trata tal vez de la subescala clínicamente más grave del BASC, ya que se ha relacionado con pensamiento confuso, procesos de desequilibrio, trastornos del pensamiento, conducta antisocial o incluso proceso esquizofrénico en evolución (González *et al.,* 2004). Adolescentes con percepciones, pensamientos y conductas inusuales estarían en mayor riesgo de padecer a su vez sintomatología depresiva.

La comorbilidad entre la ansiedad y la depresión ha sido ampliamente evidenciada en múltiples estudios (Angold y Costello, 1993; Cummings, Caporino y Kendall, 2014; Garber y Weersing, 2010), y también corroborada en el presente estudio, puesto que la ansiedad se ha mostrado como un factor predictivo de la sintomatología depresiva de la muestra. Una vez más es difícil determinar relación de causa-efecto en el presente estudio, pero también es cierto que resulta difícil entender la depresión adolescente sin la presencia de la ansiedad. De hecho, tal y

como señalan Garber y Weersing (2010), la mayoría de los estudios apoyan la teoría de que la ansiedad durante la infancia suele preceder a la sintomatología depresiva posterior en la adolescencia. Por lo tanto, parece innegable que cualquier programa de prevención o intervención sobre la depresión en la adolescencia debería contemplar el manejo de la ansiedad. Además, el hecho de que la somatización también sea un predictor de la sintomatología depresiva puede indicar las dificultades del adolescente para manejar la ansiedad y expresar sus dificultades psicológicas.

El sentido de incapacidad fue otro predictor de la sintomatología depresiva de la muestra. La subescala sentido de incapacidad del BASC hace referencia a una falta de confianza en la propia capacidad y a la percepción de no tener éxito (sobre todo en las tareas escolares) (González *et al.,* 2004). Por lo tanto, aunque el rendimiento académico no fue un predictor significativo de la sintomatología depresiva, la percepción de fracaso en el ámbito académico sí resultó ser un factor de riesgo tanto en varones como en mujeres. Así pues, los profesionales que trabajen con este alumnado en el contexto escolar no pueden centrarse solamente en aspectos objetivos (como las calificaciones escolares) para valorar el ajuste escolar de un adolescente, sino que es importante que conozcan las vivencias subjetivas de dichos alumnos.

Por último, se halló que en el caso de los varones (y no en el de las mujeres) el locus de control externo era un factor predictor de la sintomatología depresiva, mientras que en las mujeres (y no en los varones) la autoestima era otro factor predictor. Por lo tanto, en los varones parece pesar especialmente la sensación de indefensión, de falta de control sobre lo que le ocurre a uno y la tendencia a proyectar la culpa de sus problemas en el exterior (González *et al.,* 2004), mientras que en las mujeres pesa más la autoestima, la satisfacción (o insatisfacción) consigo misma. En la adolescencia la imagen tanto social como física tiene una especial importancia, y se podría hipotetizar que, tanto los cambios corporales sufridos en la pubertad en las mujeres como la retroalimentación que reciben del grupo de iguales, podrían tener un peso importante en su autoestima. De hecho, Hur *et al.* (2011), hallaron que el estrés social y la autoestima adquieren gran relevancia en la predicción de las tentativas de suicidio por parte de los adolescentes, por lo que ambas son variables que deben tenerse muy en cuenta en los programas de prevención e intervención en los centros escolares. A este respecto, futuros estudios deberían analizar el posible efecto "amortiguador" de la autoestima (Orth, Robins y Roberts, 2008) o su efecto moderador (Moksnes *et al.,* 2010), ya que los estudios no arrojan conclusiones claras al respecto.

En general, los resultados del presente estudio son muy similares a los hallados por Bernaras *et al.* (2013) con muestra de escolares de Educación Primaria, lo que indica que los programas de prevención e intervención deben comenzar mucho antes de la adolescencia, ya que en la adolescencia el riesgo de que la patología se cronifique y culmine en suicidio aumenta considerablemente (Bhatia y Bhatia, 2007).

En cuanto a las limitaciones del presente estudio, habría que destacar la imposibilidad de establecer una relación de causalidad entre las variables estudiadas. Es probable que muchas de dichas relaciones sean recíprocas, pero

esto debería ser analizado llevando a cabo estudios longitudinales. Además, teniendo en cuenta que los modelos de predicción propuestos podían explicar el 65% y el 68% de la varianza en la sintomatología depresiva en varones y mujeres, resulta necesario explorar la influencia de nuevas variables que arrojen más luz sobre esta patología. Por último, otra limitación del presente estudio es el uso exclusivo de autoinformes para valorar el nivel de sintomatología depresiva. Si bien se pudo realizar el contraste de los resultados de dos cuestionarios (el CDS, prueba específica para valorar la depresión, y BASC-S3 que, entre otros aspectos, también valora la depresión), sería interesante que la información aportada por el alumnado también se pudiese contrastar con la información aportada por las familias y el profesorado.

Para terminar, habría que destacar las fortalezas de este estudio: en primer lugar, permite comparar los resultados de otros países y culturas con los resultados obtenidos en muestra española, dada la escasez de estudios sobre sintomatología depresiva en adolescentes que se ciña al contexto escolar en España. A este respecto, se considera que tanto el tamaño de la muestra como la fiabilidad de los instrumentos utilizados aportan solidez al estudio. Cabe señalar que desde los centros educativos se podrían llevar a cabo políticas para la prevención y la identificación de la depresión en adolescentes. Si bien se acepta que la depresión es un trastorno que afecta a los estudiantes, existe un cierto desconocimiento sobre este trastorno por parte de los profesionales de la enseñanza, ya que tradicionalmente las investigaciones se han centrado en el contexto clínico, y no tanto en el contexto escolar. Sin embargo, la escuela es el lugar donde los jóvenes pasan la mayor parte del día, lo que hace que sea necesario dotar a los centros escolares de herramientas suficientes que les posibiliten efectuar detecciones precoces de los síntomas depresivos.

Por último, el presente estudio aporta información interesante sobre variables estrechamente relacionadas con la sintomatología depresiva, que pueden ser incluidas en programas de prevención e intervención en las aulas, lo que no sólo contribuye a entender mejor la depresión en adolescentes, sino que abre nuevas oportunidades para que se puedan prevenir mayores problemas en el futuro y para que la adolescencia sea una etapa menos conflictiva y más feliz.

Referencias

Aalto-Setälä, T., Marttunen, M., Tuulio-Henriksson, A., Poikolainen, K. y Lönnqvist, J. (2001). One-month prevalence of depression and other DSM-IV disorders among young adults. *Psychological Medicine, 31,* 791-801.

Aalto-Setälä, T., Marttunen, M., Tuulio-Henriksson, A., Poikolainen, K. y Lönnqvist, J. (2002). Depressive symptoms in adolescence as predictors of early adulthood depressive disorders and maladjustment. *American Journal of Psychiatry, 159,* 1235-1237.

Alaéz, M., Martínez-Arias, R. y Rodríguez-Sutil, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema, 12*, 525-532.

Angold A. y Costello E. J. (1993). Depressive comorbidity in children and adolescents: empirical, theoretical, and methodological issues. *American Journal of Psychiatry, 150,* 1779-1791.

Auerbach, R. P., Bigda-Peyton, J. S., Eberhart, N. K., Webb, C. A. y Ho, M. R. (2011). Conceptualizing the prospective relationship between social support, stress, and depressive symptoms among adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology, 39,* 475-487.

Balluerka, N., Gorostiaga, A. y Haranburu, M. (2012). Validación del CDS (Escala de depresión infantil) en población vascoparlante. *The Spanish Journal of Psychology, 15,* 1400-1410.

Beck, A. T. y Beck, R. W. (1972). Screening depressed patients in family practice. A rapid technic. *Postgraduate Medicine, 52,* 81-85.

Bennett, D. S., Ambrosini, P. J., Kudes, D., Metz, C. y Rabinovich, H. (2005). Gender differences in adolescent depression: do symptoms differ for boys and girls? *Journal of Affective Disorders, 89,* 35-44.

Bernaras, E., Jaureguizar, J., Soroa, M., Ibabe, I. y de la Cuevas, C. (2013). Evaluación de la sintomatología depresiva en el contexto escolar y variables asociadas. *Anales de Psicología, 29,* 131-140.

Bhatia, S. K. y Bhatia, S. C. (2007). Childhood and adolescent depression. *American Family Physician, 75,* 73-80.

Boulard, A., Quertemont, E., Gauthier, J. M. y Born, M. (2012). Social context in school: its relation to adolescents' depressive mood. *Journal of Adolescence, 35,* 143-152.

Canals, J., Martí-Heneberg, C., Fernández, J. y Domènech, E. (1995). A longitudinal study of depression in an urban Spanish pubertal population. *European Child & Adolescent Psychiatry, 4*, 102-111.

Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2ª ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Compas, B. E., Grant, K. E. y Ey, S. (1994). Psychosocial stress and child/adolescent depression: can we be more specific? En W. M. Reynolds y H. Johnston (dirs.), *Handbook of depression in children and adolescents* (pp. 509-523). Nueva York, NY: Plenum.

Compas, B. E., Connor-Smith, J. y Jaser, S. S. (2004). Temperament, stress reactivity, and coping: implications for depression in childhood and adolescence. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 33*, 21-31.

Coolican, H. (1994). *Métodos de investigación y estadística en psicología.* México, DF: Manual Moderno.

Costello, E. J., Erkanli, A. y Angold, A. (2006). Is there an epidemic of child or adolescent depression? *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47,* 1263-1271.

Cummings, C. M., Caporino, N. E. y Kendall, P. C. (2014). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: 20 years after. *Psychological Bulletin, 140,* 816-845.

Domènech, E., Subirá, S. y Cuxart, F. (1996). Trastornos del estado del ánimo en la adolescencia temprana. La labilidad afectiva. En J. Buendía (dir.), *Psicopatología en niños y adolescentes: desarrollos actuales* (pp. 265-277). Madrid: Pirámide.

Escribá, R., Maestre, C., Amores, P., Pastor, A., Miralles, E. y Escobar F. (2005). Prevalencia de depresión en adolescentes. *Actas Españolas de Psiquiatría 33*, 298-302.

Essau, C. A., Conradt, J. y Petermann, F. (2000). Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of depressive disorders in adolescents. *Journal of Adolescent Research, 15*, 470-481.

Essau, C. A., Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R. y Sasagawa, S. (2010). Gender differences in the developmental course of depression. *Journal of Affective Disorders, 127,* 185-190.

Estévez, E., Musitu, G. y Herrero, J. (2005). The influence of violent behavior and victimization at school on psychological distress: the role of parents and teachers. *Adolescence, 40*, 183-196.

Fröjd, S. A., Nissinen, E. S., Pelkonen, M. U. I., Marttunen, M. J., Koivisto, A. M. y Kaltiala-Heino, R. (2008). Depression and school performance in middle adolescent boys and girls. *Journal of Adolescence, 31,* 485-498.

Galicia, I., Sánchez, A. y Robles, F. J. (2009). Factores asociados a la depresión en adolescentes: rendimiento escolar y dinámica familiar. *Anales de Psicología, 25,* 227-240.

Galicia, I., Sánchez, A. y Robles, F. J. (2013). Autoeficacia en escolares adolescentes: su relación con la depresión, el rendimiento académico y las relaciones familiares. *Anales de Psicología, 29,* 491-500.

Garaigordobil, M. (2011). Prevalencia y consecuencias del cyberbullying: una revisión. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 11*, 233-254.

Garaigordobil, M. (2013). *Cyberbullying. Screening de acoso entre iguales. Screening del acoso escolar presencial (bullying) y tecnológico (cyberbullying).* Madrid: TEA.

Garber, J. y Weersing, V. R. (2010). Comorbidity of anxiety and depression in youth: implications for treatment and prevention. *Clinical Psychology: Science and Practice, 17,* 293-306.

González, J., Fernández, S., Pérez, E. y Santamaría, P. (2004). *Adaptación española del Sistema de evaluación de la conducta en niños y adolescentes: BASC*. Madrid: TEA.

Guterman, N. B., Hahm, H. C. y Cameron, M. (2002). Adolescent victimization and subsequent use of mental health counseling services. *Journal of Adolescent Health, 30*, 336-345.

Hammen, C., Brennan, P. A. y Le Brocque, R. (2011). Youth depression and early childrearing: stress generation and intergenerational transmission of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79*, 353-363.

Hur, J., Kim, W. y Kim, Y. (2011). The mediating effect of psychosocial factors on suicidal probability among adolescents. *Archives of Suicide Research, 15*, 327-336.

Hyde, J. S., Mezulis, A. H. y Abramson, L. Y. (2008). The ABCs of depression: integrating affective, biological, and cognitive models to explain the emergence of the gender difference in depression. *Psychological Review, 115,* 291-313.

IBM Corp. Released (2011). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0.* Armonk, NY: Autor.

Kim, Y. H. (2003). Correlation of mental health problems with psychological constructs in adolescence: final results from a 2-year study. *International Journal of Nursing Studies, 40,* 115-124.

Kirkcaldy, B., Siefen, G. y Furnham, A. (2003). Gender, anxiety-depressivity and self-image among adolescents. *European Psychiatry, 18,* 50-58.

Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory CDI Manual.* Nueva York, NY: Multi-Health Systems.

Lang M. y Tisher M. (1983). *Children's Depression Scale, second research edition*. Camberbell, Australia: Australian Council for Educational Research.

Lazaratou, H., Dikeos, D. G., Anagnostopoulos, D. C. y Soldatos, C. R. (2010). Depressive symptomatology in high school students: the role of age, gender and academic pressure. *Community Mental Health Journal, 46*, 289-295.

Liu, Y. L. (2003). Parent child interaction and children's depression: the relationships between parent child interaction and children's depressive symptoms in Taiwan. *Journal of Adolescence, 26*, 447-457.

McCarhty, C. A., Mason, W. A., Kosterman, R., Hawkins, J. D., Lengua, L. J. y McCauley, E. (2008). Adolescent failure predicts later depression among girls. *Journal of Adolescent Health, 43,* 180-187.

Moksnes, U. K., Moljord, I. E. O., Espnes, G. A. y Byrne, D. G. (2010). The association between stress and emotional states in adolescents: the role of gender and self-esteem. *Personality and Individual Differences, 49,* 430-435.

Organización Mundial de la Salud (2005). *Mental health: facing the challenges, building solutions: report from the WHO European Ministerial Conference*. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96452/E87301.pdf

Organización Mundial de la Salud (2008). *The Global Burden of Disease 2004 update*. Disponible en: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf.

Organización Mundial de la Salud (2014). *WHO calls for stronger focus on adolescent health.* Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/focus-adolescent-health/en/

Organización Mundial de la Salud (2013). *Proyecto de Plan Integral sobre Salud Mental*. *Informe de la Secretaría*. *Consejo Ejecutivo. 132ª reunión. Punto 6.3 del orden del día provisional.* Ginebra: Autor.

Orth, U., Robins, R. W. y Roberts, B. W. (2008). Low self-esteem prospectively predicts depression in adolescence and young adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology, 95*, 695-708.

Palomera, R., Salguero, J. M. y Ruiz-Aranda, D. (2012). La percepción emocional como predictor estable del ajuste psicosocial en la adolescencia. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual, 20*, 43-58.

Patterson G. R. y Stoolmiller M. (1991). Replications of a dual failure model for boys' depressed mood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 491-498.

Pelkonen, M., Marttunen, M., Kaprio, J., Huurre, T. y Aro, H. (2008). Adolescent risk factors for episodic and persistent depression in adulthood. A 16-year prospective follow-up study of adolescents. *Journal of Affective Disorders, 106*, 123-131.

Perry, K. E. y Weinstein, R. S. (1998). The social context of early schooling and children's school adjustment. *Educational Psychologist, 33*, 177-194.

Platts, B., Kadosh, K. C. y Lau, J. Y. F. (2013). The role of peer rejection in adolescent depression. *Depression and Anxiety, 30,* 809-821.

Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement, 1,* 385-401.

Ranney, M. L., Walton, M., Whiteside, L., Epstein-Ngo, Q., Patton, R., Chermack, S., Blow, F. y Cunningham, R. M. (2013). Correlates of depressive symptoms among at-risk youth presenting to the emergency department. *General Hospital Psychiatry*, *35,* 537-544.

Reinherz, H. Z., Giaconia, R. M., Pakiz, B., Silverman, A. B., Frost, A. K. y Lefkowitz, E. S. (1993). Psychosocial risks for major depression in late adolescence: a longitudinal community study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32,* 1155-1163.

Reinherz, H. Z., Giaconia, R. M., Hauf, A. M. C., Wasserman, M. S. y Silverman, A. B. (1999). Major depression in the transition to adulthood: risks and impairments. *Journal of Abnormal Psychology, 108*, 500-510.

Reynolds, C. R. y Kamphaus, R. W. (1992). *Behavior Assessment System for Children (BASC)*. Circle Pines, MN: American Guidance Services.

Roeser, R. W., Eccles, J. S. y Sameroff, A. J. (1998a). Academic and emotional functioning in early adolescence. Longitudinal relations, patterns, and prediction by experience in middle school. *Development and Psychopathology, 10*, 321-352.

Roeser, R. W., Eccles, J. S. y Strobel, K. R. (1998b). Linking the study of schooling and mental health. Selected issues and empirical illustrations at the level of the individual. *Educational Psychologist, 33*, 153-176.

Sajjadi, H., Mohaqeqi Kamal, S. H., Rafiey, H., Vameghi, M., Forouzan, A. S. y Rezaei, M. (2013). A systematic review of the prevalence and risk factors of depression among Iranian adolescents. *Global Journal of Health Science, 5*, 16-27.

Sanchís, F. y Simón, A. (2012). Conducta suicida y depresión en adolescentes. *Estudios de Psicología, 33,* 39-50.

Seisdedos, N. (2003). *Cuestionario de depresión para niños*. Manual (7ª ed.). Madrid: TEA.

Stein, D., Williamson D. E., Bimaher, B., Brent, D. A. y Kaufman, J. (2000). Parent-child bonding and family functioning in depressed children and children at high risk and low risk for future depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychology, 18*, 527-547.

Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D. y Thapar, A. (2012). Depression in adolescence. *Lancet, 379,* 1056-1067.

Undheim, A. M. y Sund, A. M. (2005). School factors and the emergence of depressive symptoms among young norwegian adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry, 14*, 446-453.

Verboom, C. E., Sijtsema, J. J., Verhulst, F. C., Penninx, B. H. y Ormel, J. (2014). Longitudinal associations between depressive problems, academic performance, and social functioning in adolescent boys and girls. *Developmental Psychology, 50,* 247-257.

Wade, T., Cairney, J. y Pevalin, D. (2002). Emergence of gender differences in depression during adolescence: national panel results from three countries. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41,* 190-198.

Weissman, M. M., Wolk, S., Goldstein, R. B., Moreau, D., Adams, P., Greenwald, S., Klier, C. M., Ryan, N. D., Dahl, R. E. y Wickramaratne, P. (1999). Depressed adolescents grown up. *Journal of the American Medical Association, 281*, 1707-1713.

Wittchen, H. U. y Pfister, H. (1996). *DIA-X-manual: instruments manual zur Durchführung von DIA-X-Interviews* [DIA-X-manual: instrument manual for the administration of the DIA-X-interviews]. Frankfurt: Swets & Zeitlinger.

RECIBIDO: 13 de julio de 2014
ACEPTADO: 29 de octubre de 2014