

## **ESTATUS SOCIAL Y SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN LA ADOLESCENCIA**

Óscar Sánchez-Hernández y Francisco Xavier Méndez  
*Universidad de Murcia (España)*

### **Resumen**

El objetivo de este estudio fue analizar la relación del estatus social en la sintomatología depresiva en población adolescente. Los participantes fueron 1.212 adolescentes de 1º (53,9%) y 2º (46,1%) de ESO pertenecientes a siete centros educativos de la Comunidad de la Región de Murcia (España). También se contó con una muestra de 104 padres. En los análisis de los autoinformes de los adolescentes se hallaron diferencias significativas a nivel estadístico y clínico que indican mayor sintomatología depresiva en bajo estatus social (no se hallaron diferencias entre estatus social alto y medio). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los autoinformes de los padres. Dado que el estatus social podría ser un factor de riesgo para la depresión en la adolescencia temprana se resalta la importancia de realizar intervenciones preventivas dirigidas a este sector de la población, especialmente en el contexto marcado por las consecuencias de la crisis económica.

PALABRAS CLAVE: *depresión, estatus social, adolescentes, padres.*

### **Abstract**

The objective of this study was to analyze the relationship of social status in depressive symptoms in adolescents. The participants were 1,212 adolescents of 1st (53.9%) and 2nd (46.1%) of ESO (Compulsory Secondary Education) belonging to seven educational centers of the Region of Murcia (Spain). There was also a sample of 104 parents. In the analysis of adolescents' self-reports, statistically and clinically significant differences were found that indicate greater depressive symptomatology in low social status (no differences were found between high and medium social status). No statistically significant differences were found in the parents' self-reports. Given that social status could be a risk factor for depression in early adolescence, the importance of carrying out preventive interventions aimed at this sector of the population is highlighted, especially in a context marked by the consequences of the economic crisis.

KEY WORDS: *depression, social status, adolescents, parents.*

---

Agradecimientos a los estudiantes, padres, profesores y demás personal de IES Abanilla, IES Miguel de Cervantes, IES Miguel Espinosa, IES Infante D. Juan Manuel, Colegio Jesús y María (sede Alfonso X), Colegio San Buenaventura y Colegio Marista (sede Fuensanta) de la Región de Murcia.

*Correspondencia:* Óscar Sánchez-Hernández, Universidad de Murcia, Facultad de Psicología, Campus de Espinardo, 30100 Espinardo, Murcia (España). E-mail: oscarsh@um.es

## Introducción

En el entorno actual se ha evaluado el efecto de la crisis económica en la salud mental de los ciudadanos. En España se ha verificado un aumento de los trastornos del estado de ánimo del 2006 al 2010 (Gili, Roca, Basu, McKee y Stuckler, 2013). El estatus social es uno de los determinantes estructurales de las desigualdades en salud (Pérez, Rodríguez-Sanza, Domínguez-Berjón, Cabeza y Borrella, 2014). Devenish, Hooley y Mellor (2017) realizan una revisión sistemática, con un total de 59 artículos que cumplieron los criterios de inclusión, con el objetivo de identificar las vías entre estatus socioeconómico y resultados negativos en el desarrollo adolescente. Se confirmó que el estatus socioeconómico es un factor de riesgo significativo en estos resultados negativos del desarrollo adolescente. Los factores de riesgo significativos identificados incluyen estrés económico, caos en el hogar y violencia en la comunidad. Estos factores de riesgo parecen estar mediados por la depresión de los padres, el conflicto entre los padres, las prácticas de crianza y el nivel de resiliencia de los adolescentes. En un interesante estudio meta-analítico de Shore, Toumbourou, Lewis y Kremer (2018) de 20 estudios longitudinales sobre los patrones de desarrollo de los síntomas depresivos en niños y adolescentes encuentran que aquellos caracterizados por un patrón "alto" o "creciente", en sintomatología depresiva, fueron predichos predominantemente por: sexo femenino, bajo nivel socioeconómico, mayor reactividad al estrés, problemas de conducta, abuso de sustancias y problemas en las relaciones entre pares y padres. En el estudio de Von Soest, Bramness, Pedersen y Wichstrøm (2012) un bajo nivel socioeconómico se relaciona con mayor prescripción de antidepresivos, niveles más altos de ansiedad y depresión y un uso más frecuente de los servicios de salud mental.

A la hora de valorar las consecuencias de la depresión en niños y adolescentes se ha estudiado en varias investigaciones el efecto de la presencia de sintomatología depresiva observándose que muchos niños y adolescentes presentan numerosos síntomas depresivos (Nolen-Hoeksema, Girgus y Seligman, 1986). Los jóvenes con elevados, aunque subclínicos, niveles de depresión experimentan dificultades académicas e interpersonales similares a las de los diagnosticados de trastornos del estado de ánimo (Ferreira, Granero, Noorian, Acosta y Domènech-Llaberia, 2012; Gotlib, Lewinsohn y Seeley, 1995). También es más probable que fumen, consuman drogas e incluso que intenten suicidarse (Covey, Glassman y Stetner, 1998; Garrison, Addy, Jackson, McKeown y Waller, 1991).

Como se ha ido viendo en estos estudios la depresión en los niños y adolescentes tiene gran impacto sobre su crecimiento y desarrollo personal, sobre el rendimiento escolar y las relaciones familiares e interpersonales. También existen evidencias de la posible continuidad del trastorno depresivo a lo largo de la adolescencia y de su prolongación durante la etapa adulta, lo cual se ve reflejado en los altos índices de consultas y hospitalizaciones psiquiátricas y en los problemas laborales y de relación que en el futuro origina (Weissman *et al.*, 1999).

La depresión mayor es además uno de los principales factores de riesgo de suicidio en los adolescentes (Kann *et al.*, 2000; Brent, 2001). Así, según las

estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2008), el suicidio es la cuarta causa de fallecimiento en el tramo de edad de 15-44 años. A nivel mundial, uno de los datos más preocupantes es el aumento del suicidio en edades jóvenes (15-24 años), sobre todo en varones, que se sitúa como una de las tres causas de muerte más frecuentes en este grupo de edad (WHO, 2008). La mayoría de los estudios nacionales e internacionales han puesto de manifiesto este incremento en edades jóvenes, sobre todo en varones. España se sitúa entre los países con las tasas de suicidio más bajas de Europa (INE, 2008; WHO, 2008) aunque una característica de nuestro país es la existencia de una tendencia al aumento de la tasa de suicidio, mientras que en la mayoría de los países se está produciendo un descenso o una estabilización de las tasas (INE, 2008).

Es por tanto debido a su prevalencia, a su papel como uno de los principales factores de riesgo de suicidio y a su repercusión sobre la estructura familiar y social, que la depresión infantojuvenil se considera de gran importancia no solo para el sistema sanitario, sino también para la sociedad. El trastorno repercute negativamente a nivel personal (p. ej., malestar físico, sufrimiento psicológico), familiar (p. ej., deterioro de las relaciones padres-hijo), escolar, (p. ej., importante descenso del rendimiento académico) y/o social (p. ej., aislamiento). La naturaleza de las respuestas-problema y de las áreas afectadas varía con la edad. En la infancia predominan los sistemas psicofisiológico y motor. Con el paso de los años adquiere relevancia el sistema cognitivo y aparecen dificultades en nuevos ámbitos como el sexual o el legal (McLaughlin *et al.*, 2010; Méndez *et al.*, 2001).

Las situaciones estresantes cotidianas en la infancia se relacionan con sintomatología psicológica, exteriorizada e interiorizada y una inadecuada adaptación escolar, social y familiar (Rey, Martínez y Calonge, 2017). También se ha estudiado el efecto de los factores socioeconómicos en la salud mental infantil en general, y en la depresión en particular. En un reciente estudio sobre las desigualdades sociales en la salud mental infantil en Cataluña, Rajmil *et al.* (2010) determinaron, sobre una muestra representativa de población de entre 4-14 años ( $n= 1.821$ ), que los niños de familias con nivel socioeconómico menos favorecido y de familias monoparentales se encuentran en riesgo de presentar peor salud mental. Diversos estudios observan que los niños de bajo entorno socioeconómico tienen un riesgo de padecer depresión a lo largo de su vida dos veces superior a aquellos niños pertenecientes a un elevado entorno socioeconómico, independientemente de otros factores sociodemográficos o de historia familiar de enfermedad mental (Gilman, Kawachi, Fitzmaurice y Buka, 2003). Del Barrio y Carrasco (2004) en una muestra de 7.759 participantes españoles de entre 7 y 15 años (edad media de 11,03 y desviación típica de 2,34 años) encontraron que el estatus social más desfavorecido es el que presenta mayores niveles de sintomatología depresiva, pero esta diferencia entre estatus social era más evidente en niños de más edad.

El objetivo principal de este estudio es analizar la relación entre el estatus social y la sintomatología depresiva. Concretamente, se espera que los participantes de estatus social más bajo presenten más sintomatología depresiva, teniendo en cuenta evaluaciones tanto de los adolescentes como de los padres.

## Método

### Participantes

Los participantes fueron 1.212 adolescentes de 1º (53,9%) y 2º (46,1%) de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) pertenecientes a siete centros educativos de la Comunidad de la Región de Murcia. Todos los centros se hallaban ubicados en la ciudad de Murcia, excepto uno situado en la localidad de Abanilla. Tres centros fueron considerados de estatus social bajo, tres de estatus social alto y uno de estatus social medio. En la tabla 1 se describe la muestra por centro educativo. El porcentaje por sexo corresponde a un 51% de chicos y un 49% de chicas, de entre los 12 y 15 años de edad ( $M= 12,74$  años;  $DT= 0,76$ ). También se contó con una muestra 104 padres quienes informaron sobre variables sociodemográficas y la sintomatología depresiva de sus hijos.

**Tabla 1**

Frecuencias y porcentajes de la muestra de adolescentes por tipo de centro educativo

Centro educativo	Tipo de centro	<i>n</i>	%	% acumulado
IES Abanilla	Público	121	10,0	10,0
IES Miguel de Cervantes	Público	103	8,5	18,5
IES Miguel Espinosa	Público	120	9,9	28,4
IES Infante D. Juan Manuel	Público	217	17,9	46,3
Colegio Jesús y María	Concertado	158	13,0	59,3
Colegio San Buenaventura	Concertado	163	13,4	72,7
Colegio Marista	Concertado	330	27,2	100
Total	--	1.212	100	--

Nota: IES= Instituto de Educación Secundaria.

### Instrumentos

- “Inventario de depresión infantil” (*Children’s Depression Inventory*, CDI; Kovacs, 1981). Se utilizó la adaptación española de Del Barrio y Carrasco (2004). El CDI es el autoinforme más utilizado para evaluar la sintomatología depresiva en la adolescencia temprana. Está formado por 27 ítems con tres opciones de respuesta, agrupados en dos escalas: disforia (16 ítems) y autoestima (11 ítems). Figueras, Amador, Gómez y Del Barrio (2010) hallaron en una muestra comunitaria de 1.705 participantes (edades comprendidas entre los 10 y los 18 años) una consistencia interna, alfa de Cronbach de 0,82. Con el fin de llevar a cabo la evaluación multifuente de la sintomatología depresiva los padres cumplimentaron el “Inventario de depresión infantil-versión corta” (*Children’s Depression Inventory - Short form*, CDI-S; Kovacs, 1992; adaptación española: Del Barrio, Roa, Olmedo y Colondrón, 2002), que consta de 10 ítems. La consistencia interna, alfa de Cronbach, en la adaptación española fue de 0,71.
- “Escala de Reynolds de depresión adolescente-2” (*Reynolds Adolescent Depression Scale-2*, RADS-2; Reynolds, 2002). La RADS es una de las pruebas

más utilizadas para evaluar sintomatología depresiva en adolescentes. La RADS está dirigida a adolescentes de edades comprendidas entre los 13 y los 18 años en la primera versión, y entre 11 y 20 años en la segunda versión. Está formado por 30 ítems con cuatro opciones de respuesta. Los datos de consistencia interna están entre 0,81 y 0,89.

- c) Cuestionario sociodemográfico *ad hoc*. Este cuestionario fue contestado por los padres. Se preguntó por variables como ingresos familiares, estudios del padre, estudios de la madre, profesión del padre y profesión de la madre para determinar el estatus social.

### Procedimiento

Se estableció el primer contacto con 12 centros educativos (públicos y privados) ubicados en su mayor parte en el centro de la ciudad de Murcia. Se contó tanto con centros concertados como públicos para equilibrar esta variable. Finalmente fueron siete centros los que accedieron a realizar el estudio. Se repartieron cartas de invitación entre los adolescentes de 1º y 2º curso de ESO para pedir permiso a los padres para realizar el cribado (*screening*), informando que se pretendía realizar un estudio en la Región de Murcia sobre las dificultades emocionales de los adolescentes. Se utilizó el consentimiento pasivo que, como han demostrado Chartier *et al.* (2008), aumenta la tasa de participación de los padres. La participación fue casi total (99%). Las sesiones de evaluación de los adolescentes se realizaron dentro del horario escolar, concretamente en las horas de tutoría. En cuanto al orden de aplicación de las pruebas en primer lugar se aplicó el CDI (Kovacs, 1992, 2004) y seguidamente el RADS-2 (Reynolds, 2002). A los padres se les invitó con una carta a asistir a una reunión informativa en horario extraescolar y se solicitó, de forma voluntaria, realizar una evaluación a los padres sobre sus hijos pasando unos breves cuestionarios. Se realizó una reunión por centro educativo. Se daba la opción de informarse por teléfono y solicitar rellenar los cuestionarios en casa, recogidos previamente en el centro educativo de su hijo. Se contó con una muestra de 104 padres. En cuanto al orden de aplicación de las pruebas se pidió seguir el siguiente orden: contestar primeramente el CDI-S (Kovacs, 1992) seguido del cuestionario sociodemográfico. En la tabla 2 se puede ver el proceso de reclutamiento de la muestra.

**Tabla 2**  
Reclutamiento de los participantes

Variabes	Adolescentes	Padres
Cartas enviadas ( <i>n</i> )	1.230	1.230
Participantes ( <i>n</i> )	1.212	104
Total de participación (%)	98,5	8,4

### *Análisis de datos*

Se realizaron diferencias de medias para estudiar la influencia de las variables moduladoras. Se utilizaron contrastes de hipótesis sobre medias de muestras independientes y sobre frecuencias utilizando pruebas  $t$  de Student,  $F$  del ANOVA y chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) respectivamente. Como complemento a la prueba  $F$  del ANOVA que ofrece la comparación global entre una serie de medias, se acompañó una técnica de comparaciones a posteriori, cuyo objetivo es comprobar entre qué medias de un conjunto de grupos se observan diferencias significativas, concretamente se utilizó el método de Tukey para la comparación de pares de medias. Los análisis de contrastes de hipótesis sobre medias se acompañaron del cálculo del tamaño del efecto, como recomiendan Frías, Pascual y García (2000). Para estudiar la magnitud del tamaño del efecto de las diferencia de dos medias se utilizó la "diferencia de medias estandarizada", que es la diferencia de las medias de los grupos, dividida por una estimación conjunta de las desviaciones típicas de ambos grupos (Lipsey y Wilson, 2001). Para el índice  $d$ , una puntuación a partir de 0,2 se considera baja, de 0,5 media y de 0,8 alta. Para el cálculo de los tamaños del efecto en el ANOVA se utilizó eta cuadrado parcial ( $\chi^2_p$ ). Para este índice una puntuación a partir de 0,1 es baja y de 0,25 alta. Para  $\chi^2$  se utilizó el cálculo de phi ( $\chi$ ). Para este índice una puntuación a partir de 0,1 se considera baja, de 0,3 media y de 0,5 alta (Cohen, 1988).

## **Resultados**

### *Análisis descriptivos de la sintomatología depresiva en las muestras*

Las puntuaciones en sintomatología depresiva en el CDI fueron para la totalidad de la muestra de 10,43 ( $DT= 6,30$ ). Esta puntuación estaría dentro del rango de sintomatología depresiva sin relevancia clínica y se corresponde con el percentil 50 en baremos españoles. En la medida RADS-2 la puntuación media de la muestra fue de 48,60 ( $DT= 10,97$ ). En cuanto a su interpretación, es indicativa de ausencia de sintomatología depresiva significativa. La puntuación media en el CDI-S de la muestra de padres fue de 4,15 ( $DT= 2,56$ ). Estas puntuaciones se interpretan como ausencia de sintomatología depresiva significativa.

### *Análisis de la operacionalización de la variable estatus social por tipo de centro*

En primer lugar se analizó si la operacionalización de la variable estatus social se adecuaba a lo establecido a nivel teórico. La operacionalización del estatus social se validó comparando cinco variables familiares: profesión del padre, profesión de la madre, estudios del padre, estudios de la madre e ingresos familiares mensuales. La variable estatus social se operacionalizó según el tipo de centro escolar (público o concertado) y la ubicación (rural/extrarradio urbano o centro urbano). La combinación de los dos criterios anteriores permitió establecer tres categorías:

1. Estatus social alto (ESA): centros escolares concertados ubicados en el centro urbano.
2. Estatus social medio (ESM): centros escolares públicos ubicados en el centro urbano.
3. Estatus social bajo (ESB): centros escolares públicos ubicados en área rural o en el extrarradio urbano.

### *Profesión del padre y de la madre*

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en estatus social para los padres, siendo el tamaño del efecto alto (tabla 3). La pertenencia a una estatus social más elevado indica profesiones que ocupan posiciones más altas en el organigrama de organizaciones y empresas. En lo que respecta a las madres, los resultados también muestran diferencias estadísticamente significativas según el estatus social, siendo el tamaño del efecto alto (tabla 3).

**Tabla 3**

Distribución de la profesión del padre y de la madre por estatus social

Profesiones	Total (%)	Estatus social (%)			Diferencia
		Alto	Medio	Bajo	
Padre		24,5	26,5	49,0	
Grandes cargos ejecutivos, propietarios de grandes empresas	14,3	37,5	15,4	2,1	$\chi^2= 35,31$ $gI= 12$ $p= 0,000$ $\chi= 0,60$
Directores comerciales, propietarios de medianas empresas	23,5	37,5	30,8	12,5	
Personal administrativo, pequeños comerciantes, oficinistas y vendedores	20,4	16,7	19,2	22,9	
Obreros manuales especializados	20,4	8,3	15,4	29,2	
Maquinistas y obreros semiespecializados	15,3	0	19,2	20,8	
Trabajadores no cualificados	6,1	0	0	12,5	
Madre		24,8	27,7	47,5	
Grandes cargos ejecutivos, propietarios de grandes empresas	10,9	20	14,3	4,2	$\chi^2= 43,60$ $gI= 10$ $p= 0,000$ $\chi= 0,66$
Directores comerciales, propietarios de medianas empresas	28,7	56	28,6	14,6	
Personal administrativo, pequeños comerciantes, oficinistas y vendedores	17,9	16	35,7	8,4	
Obreros manuales especializados	4	0	0	8,3	
Maquinistas y obreros semiespecializados	0	0	0	0	
Trabajadores no cualificados	38,6	8	21,4	64,6	

Se concluye que la pertenencia a un estatus social más elevado indica profesiones que ocupan posiciones más altas en el organigrama de organizaciones

y empresas. Resaltar una lectura de los resultados, aparte de las hipótesis, donde si comparamos las diferencias en el nivel de la profesión del padre y de la madre, hay un porcentaje bastante de alto de trabajadoras no cualificadas (38,6%) respecto a los trabajadores hombres no cualificados (6,1%) indicativo de las diferencias de sexo en la incorporación al mercado laboral. Un gran porcentaje de las trabajadoras no cualificadas pertenecen a la clase social baja.

### *Estudios del padre y de la madre*

Aparecieron diferencias estadísticamente significativas entre estatus social, siendo el tamaño del efecto alto (tabla 4). La pertenencia a una estatus social más elevado indica un mayor nivel de estudios del padre. En lo que respecta a las madres, los resultados también muestran diferencias estadísticamente significativas entre las clases sociales, siendo el tamaño del efecto alto (tabla 4). La pertenencia a un estatus social más elevado indica un mayor nivel de estudios de la madre. Una lectura interesante de las tablas respecto a la profesión y estudios de los padres, es referente a que se puede observar que los niveles de estudios de ambos padres son similares (incluso hay un menor porcentaje de mujeres con niveles de estudios inferiores que en los hombres) no siendo así en la profesión, lo que se puede interpretar como que la diferencia de incorporación al mercado laboral no es producido por falta de formación de las mujeres sino por otras normas sociales.

**Tabla 4**

Distribución del nivel de estudios del padre y de la madre por estatus social

Profesiones	Total (%)	Estatus social (%)			Diferencia
		Alto	Medio	Bajo	
Padre		24,2	26,3	49,5	
Licenciado	19,2	37,5	26,9	6,1	$\chi^2 = 51,76$ $gl = 12$ $p = 0,000$ $\chi = 0,72$
Diplomado	14,1	41,7	11,5	2	
Algún curso universitario	5,1	4,2	11,5	2	
B.U.P., F.P. o C.O.U.	17,2	8,3	19,2	20,4	
Algún curso de BUP. o FP	7,1	4,2	11,5	6,1	
EGB	33,3	4,2	19,2	55,1	
Algún curso EGB	4	0	0	8,2	
Madre		24	27,9	48,1	
Licenciado	19,2	40	24,1	6	$\chi^2 = 62,62$ $gl = 12$ $p = 0,000$ $\chi = 0,78$
Diplomado	18,3	52	10,3	6	
Algún curso universitario	5,8	0	17,2	2	
B.U.P., F.P. o C.O.U.	24	8	27,6	30	
Algún curso de BUP. o FP	9,6	0	6,9	16	
EGB	19,2	0	13,8	32	
Algún curso EGB	3,8	0	0	8	

Nota: B.U.P.= Bachillerato Unificado Polivalente; F.P.= Formación Profesional; C.O.U.= Curso de Orientación Universitaria; EGB= Educación General Básica

*Ingresos familiares mensuales*

Respecto a los ingresos familiares mensuales, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre estatus social, siendo alto el tamaño del efecto (tabla 5), indicando que a mayor estatus social, mayores ingresos familiares.

**Tabla 5**  
Distribución del nivel de ingresos familiares por estatus social

Ingresos familiares	Total (%)	Estatus social (%)			Diferencia
		Alto	Medio	Bajo	
Total		25	27	48	
Más de 3500€	18	44	18,5	4,2	$\chi^2 = 57,49$ $g/ = 14$ $p = 0,000$ $\chi = 0,76$
Entre 3001 y 3500€	11	12	25,9	2,1	
Entre 2501 y 3000€	11	28	11,1	2,1	
Entre 2001 y 2500€	12	12	3,7	16,7	
Entre 1501 y 2000€	18	4	18,5	25	
Entre 1001 y 1500€	20	0	11,1	35,4	
Entre 600 y 1000€	7	0	11,1	8,3	
Menos de 600€	3	0	0	6,3	

*Estatus social y sintomatología depresiva*

Los análisis de varianza reflejaron que había diferencias estadísticamente significativas entre las medias en las dimensiones de disforia, autoestima y en la puntuación total del CDI al igual que en el RADS-2, que indican que los participantes de menor estatus social informan de mayor sintomatología depresiva que en estatus social medio y alto (tabla 6). Sin embargo el tamaño del efecto de estas diferencias fue nulo. Si bien en la dimensión de disforia del CDI, si se redondea el valor de eta cuadrado parcial, llegaría a un valor de 0,1 que es indicativo de una significación práctica de magnitud baja. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los cuestionarios de los padres.

En aquellas dimensiones donde se encontraron diferencias significativas también se realizaron los cálculos de comparaciones múltiples con el método de la diferencia honestamente significativa (HSD) de Tukey con la finalidad de comprobar entre qué estatus social se produciría las diferencias concretamente. Los análisis señalaron que se producían diferencias estadísticamente significativas entre todos los estatus sociales, excepto entre el alto y medio (aunque si se dio en la dimensión disforia del CDI). En la figura 1 se percibe claramente que un menor estatus social se asocia con mayores puntuaciones en sintomatología depresiva. Sin embargo, el tamaño del efecto del ANOVA no tuvo significación práctica (aunque si en la dimensión disforia del CDI), por lo que aunque existen diferencias en sintomatología depresiva según el estatus social, no llega a la significación práctica. Debido a que los análisis de Tukey indicaron que las diferencias se producían entre todas las comparaciones dos a dos excepto entre estatus social alto y medio, se decidió del mismo modo calcular el tamaño del efecto al comparar estatus social dos a dos como puede verse en la tabla 7, comprobándose que hay

también significación práctica en todas las comparaciones excepto entre alto y medio (aunque si apareció en la dimensión de disforia del CDI). Los tamaños del efecto de estas diferencias fueron bajos y medios.

**Tabla 6**

Diferencias de medias en sintomatología depresiva según clase social. Media y desviación típica por clase social (ANOVA) y tamaño del efecto

Dimensión	Clase social	<i>M</i>	<i>DT</i>	ETM	<i>gl</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	$\chi^2_p$
CDI-D	Alta	2,97	2,97	0,12	2	41,64	0,000	0,06
	Media	3,97	3,66	0,25				
	Baja	5,07	4,12	0,22	1192			
	Total	3,74	3,57	0,10	1194			
CDI-A	Alta	6,51	3,25	0,13	2	7,95	0,000	0,01
	Media	6,13	3,33	0,23				
	Baja	7,21	3,37	0,18	1192			
	Total	6,64	3,32	0,10	1194			
CDI-T	Alta	9,57	6,07	0,24	2	21,61	0,000	0,03
	Media	10,12	5,98	0,41				
	Baja	12,28	6,56	0,36	1192			
	Total	10,43	6,30	0,18	1194			
RADS-2	Alta	46,71	9,18	0,36	2	32,98	0,000	0,05
	Media	48,13	10,27	0,70				
	Baja	52,54	13,31	0,72	1187			
	Total	48,61	10,97	0,32	1189			
CDI-S-D	Alta	1,87	1,89	0,39	2	0,50	0,607	0,01
	Media	1,48	1,21	0,22				
	Baja	1,74	1,38	0,19	100			
	Total	1,70	1,47	0,14	102			
CDI-S-A	Alta	2,67	1,76	0,36	2	0,10	0,903	0,02
	Media	2,48	1,57	0,29				
	Baja	2,52	1,45	0,20	100			
	Total	2,54	1,54	0,15	102			
CDI-S-T	Alta	4,54	3,27	0,67	2	0,37	0,692	0,07
	Media	3,96	2,60	0,48				
	Baja	4,08	2,16	0,31	100			
	Total	4,15	2,56	0,25	102			

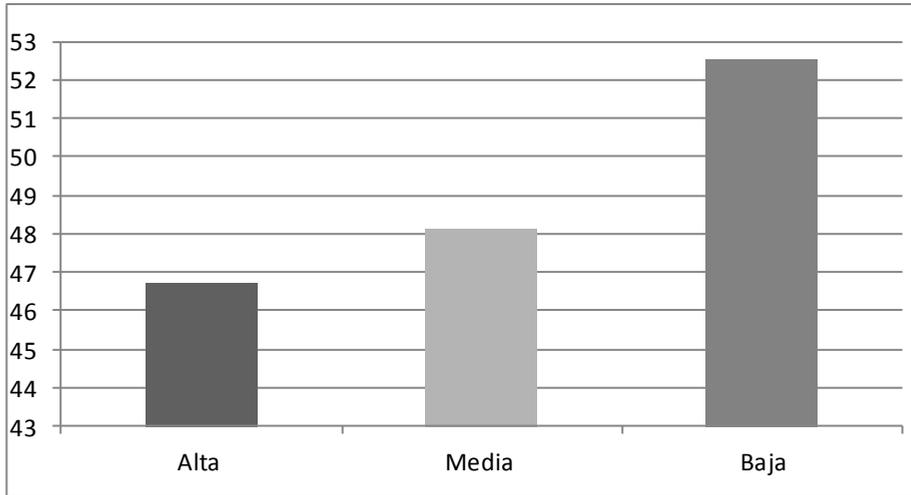
*Notas:* ETM=Error típico de la media; CDI-D= Dimensión disforia del Inventario de depresión infantil; CDI-A= Dimensión autoestima del Inventario de depresión infantil; CDI-T= Puntuación total de sintomatología depresiva del Inventario de depresión infantil; RADS-S= Puntuación total en sintomatología depresiva en Escala Reynolds de depresión adolescente. Segunda versión; CDI-S-D= Dimensión disforia del Inventario de depresión infantil abreviado versión padres; CDI-S-A= Dimensión autoestima del Inventario de depresión infantil abreviado versión padres; CDI-S-T= Puntuación total del Inventario de depresión infantil abreviado versión padres.

A nivel general se puede concluir respecto a la relación entre estatus social y depresión que, cuando se compara entre estatus social alto y bajo y entre estatus social medio y bajo, se encontraron diferencias significativas a nivel estadístico y

clínico que indican una mayor sintomatología depresiva a menor estatus social (sin embargo no hay diferencias entre estatus social alto y medio).

**Figura 1**

Puntuaciones medias en sintomatología depresiva según estatus social con RADS-2



Nota: RADS-2= Escala Reynolds de depresión adolescente, segunda versión.

**Tabla 7**

Comparaciones múltiples en sintomatología depresiva por clase social (HDS de Tukey) y tamaño del efecto según Cohen (1988)

Dimensión	I	J	I-J	ETM	<i>p</i>	<i>d</i>
CDI-D	Alta	Media	-0,99	0,27	0,001*	-0,32
		Baja	-2,10	0,23	0,000*	-0,61
	Media	Alta	0,99	0,27	0,001*	-0,32
		Baja	-1,10	0,30	0,001*	-0,27
	Baja	Alta	2,10	0,23	0,000*	-0,61
		Media	1,10	0,30	0,001*	-0,27
CDI-A	Alta	Media	0,38	0,26	0,322	0,12
		Baja	-0,70	0,22	0,005*	-0,21
	Media	Alta	-0,38	0,26	0,322	0,12
		Baja	-1,07	0,29	0,001*	-0,32
	Baja	Alta	0,70	0,22	0,005*	-0,21
		Media	1,07	0,29	0,001*	-0,32
CDI-T	Alta	Media	-0,56	0,49	0,497	-0,09
		Baja	-2,71	0,42	0,000*	-0,43
	Media	Alta	0,56	0,49	0,497	-0,09
		Baja	-2,16	0,55	0,000*	-0,34
	Baja	Alta	2,71	0,41	0,000*	-0,43
		Media	2,16	0,55	0,000*	-0,34

Dimensión	I	J	I-J	ETM	<i>p</i>	<i>d</i>
RADS-2	Alta	Media	-1,41	0,84	0,216	-0,15
		Baja	-5,83	0,72	0,000*	-0,54
	Media	Alta	1,41	0,84	0,216	-0,15
		Baja	-4,42	0,93	0,000*	-0,36
	Baja	Alta	5,83	0,72	0,000*	-0,54
		Media	4,42	0,93	0,000*	-0,36

Notas: ETM= J= conglomerados de clase social con los que se compara I; I-J= Diferencia de medias entre los correspondientes conglomerados; Error típico de la media; I= Conglomerado de clase social a comparar con los dos restantes; CDI-D= Dimensión disforia del Inventario de depresión infantil; CDI-A= Dimensión autoestima del Inventario de depresión infantil; CDI-T= Puntuación total de sintomatología depresiva del Inventario de depresión infantil; RADS-S= Puntuación total en sintomatología depresiva en Escala Reynolds de depresión adolescente. Segunda versión. Puntuaciones negativas en *d* indicarían que una clase social baja se asocia con mayor sintomatología depresiva. \*La diferencia entre las medias es significativa al nivel .05

## Discusión

El objetivo principal de este estudio fue analizar el papel de la variable estatus social en la sintomatología depresiva en población adolescente. Se detallaron también los análisis descriptivos de las principales variables y la comprobación empírica de la distribución de centros en alto, medio o bajo estatus social. Respecto a los análisis descriptivos, las puntuaciones en sintomatología depresiva en el CDI fueron para la totalidad de la muestra similares a los encontrados en otros estudios en muestra española en estos grupos de edad (Figueras *et al.*, 2010) y dentro del rango de sintomatología depresiva sin relevancia clínica que se corresponde con el percentil 50 en baremos españoles (Del Barrio y Carrasco, 2004). En la medida RADS-2 la puntuación media de la muestra fue en consonancia con otras investigaciones en muestra española (Figueras *et al.*, 2008) e indicativa de ausencia de sintomatología depresiva significativa. La puntuación media en el CDI-S de la muestra de padres fue algo mayor que en el estudio de Olmedo, Del Barrio y Santed (2000) aunque se interpretarían como ausencia de sintomatología depresiva significativa (Del Barrio *et al.*, 2002).

Tras la operacionalización del estatus social al que pertenecen los niños se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la distribución de niveles respecto a la profesión del padre y de la madre entre los conglomerados propuestos, siendo alto el tamaño del efecto. La pertenencia a un estatus social más alto es indicativo de puestos de trabajo en una posición más elevada en el organigrama de cualquier organización o empresa con los beneficios que conlleva. Una observación aparte de las hipótesis planteadas resulto de la comparación de las tablas de las diferencias respecto a la profesión del padre y de la madre. Se encontró que hay un porcentaje bastante alto de trabajadoras no cualificadas (38,6%) respecto a los trabajadores hombres no cualificados (6,1%) indicativo de las diferencias de sexo en la incorporación al mercado laboral. Un gran porcentaje de las trabajadoras no cualificadas provenía de un estatus social conceptualizado como bajo. Aparecieron diferencias estadísticamente significativas respecto a la distribución de niveles de estudios del padre y de la madre por estatus social, siendo el tamaño del efecto alto. La pertenencia a un estatus social mayor fue

indicativa de un mayor nivel de estudios en los padres. También se pudo observar que los niveles de estudios de ambos padres son similares (incluso hay un menor porcentaje de mujeres con niveles de estudios inferiores que en los hombres) no siendo así el nivel de los puestos de trabajo, lo que se puede interpretar como que la diferencia de incorporación al mercado laboral no es producido por falta de formación de las mujeres sino por otras normas sociales. Respecto a la variable de ingresos familiares mensuales se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los conglomerados propuestos, siendo el tamaño del efecto alto (Cohen, 1988), indicando que a mayor estatus social, mayores ingresos familiares. En general los análisis estadísticos confirmaron la adecuada operacionalización de la variable estatus social.

Respecto al objetivo principal del artículo centrado en el estudio de la variable estatus social en la sintomatología depresiva en población adolescente los análisis de varianza reflejaron que había diferencias estadísticamente significativas entre las medias en las dimensiones de disforia, autoestima y en la puntuación total del CDI al igual que en el RADS-2, que indican que los participantes de menor estatus social informan de mayor sintomatología depresiva que en estatus social medio y alto. Sin embargo, el tamaño del efecto de estas diferencias fue nulo. Si bien en la dimensión de disforia del CDI, se encontró una significación práctica de magnitud baja. En aquellas dimensiones donde se encontraron diferencias significativas también se realizaron los cálculos de comparaciones múltiples con el método de la diferencia honestamente significativa (HSD) de Tukey con la finalidad de comprobar entre qué estatus social se producirían las diferencias concretamente. Los análisis señalaron que se producían diferencias estadísticamente significativas entre todos los estatus social, excepto entre el alto y medio (aunque si se dio en la dimensión disforia del CDI). Los cálculos reflejaron que un menor estatus social se asociaba a mayores puntuaciones en sintomatología depresiva. Debido a que los análisis de Tukey indicaron que las diferencias se producían entre todas las comparaciones dos a dos excepto entre estatus social alto y medio, se decidió del mismo modo calcular el tamaño del efecto al comparar los estatus social dos a dos comprobándose que hay también significación práctica en todas las comparaciones excepto entre alto y medio (aunque si apareció en la dimensión de disforia del CDI). Los tamaños del efecto de estas diferencias fueron bajos y medios.

A nivel general se puede concluir respecto a la relación entre estatus social y sintomatología depresiva que, cuando se compara entre estatus social alto y bajo y entre estatus social medio y bajo, se encontraron diferencias significativas a nivel estadístico y clínico que indican una mayor sintomatología depresiva a menor estatus social (sin embargo no hay diferencias entre estatus social alto y medio). Varios estudios observan que los niños de bajo entorno socioeconómico tienen un riesgo de padecer depresión a lo largo de su vida dos veces superior a aquellos niños pertenecientes a un elevado entorno socioeconómico, independientemente de otros factores sociodemográficos o de historia familiar de enfermedad mental (Gilman *et al.*, 2003). En un reciente estudio sobre las desigualdades sociales en la salud mental infantil en Cataluña, Rajmil y colaboradores (2010) determinaron, sobre una muestra representativa de población de entre 4-14 años ( $n= 1.821$ ), que

los niños y las niñas de familias con nivel socioeconómico menos favorecido se encuentran en riesgo de presentar peor salud mental. En el estudio citado anteriormente de Del Barrio y Carrasco (2004) en una muestra de 7.759 participantes españoles de entre 7 y 15 años (edad media de 11,03 y desviación típica de 2,34 años) encontraron que el estatus social más desfavorecido presenta mayores niveles de sintomatología depresiva, pero esta diferencia entre estatus social era más evidente en niños de más edad. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los cuestionarios de los padres. Debe tenerse en cuenta el diferente tamaño de las muestras de adolescentes y padres. También se ha señalado que la concordancia entre las fuentes adultas e infantiles es baja (Del Barrio, 2006). Se propone también continuar con la línea de investigación que pretende comprender y dilucidar los mecanismos que median entre el estatus social y los síntomas depresivos. En el estudio sobre el análisis de los mecanismos epigenéticos que relacionan el estatus socioeconómico con cambios en el funcionamiento cerebral en adolescentes con alto riesgo de depresión Swartz, Hariri y Williamson (2017) encontraron que un estatus socio-económico más bajo durante la adolescencia se asocia con un aumento en los procesos bioquímicos del gen transportador de la serotonina que predice mayores aumentos en la reactividad de la amígdala relacionada con la amenaza. Posteriormente, demostraron que un mayor aumento en la reactividad de la amígdala modera la asociación entre una historia familiar tendente a la depresión y la manifestación posterior de síntomas depresivos. Dado que el estatus social parece ser uno de los determinantes estructurales de las desigualdades en salud en general (Pérez *et al*, 2014) y factor de riesgo de la depresión en la adolescencia temprana, en particular, se resalta la importancia de realizar intervenciones preventivas dirigidas a este sector de la población, especialmente en el contexto marcado por las consecuencias de la crisis económica.

### Referencias

- Brent, D. A. (2001). Assessment and treatment of the youthful suicidal patient. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 932, 106-28.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2ª ed). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Covey, L. S., Glassman, A. H. y Stetner, F. (1998). Cigarette smoking and major depression. *Journal of Addictive Diseases*, 17, 35-46.
- Chartier, M., Stoep, A. V., McCauley, E., Herting, J. R., Tracy, M. y Limp, J. (2008). Passive versus active parental permission: implications for the ability of school-based depression screening to reach youth at risk. *Journal of School Health*, 78, 157-164.
- Del Barrio, V. (2006). La evaluación de la depresión en el niño y el adolescente. En V. E. Caballo (Director). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos*. Pirámide.
- Del Barrio, V. y Carrasco, M. A. (2004). *CDI. Inventario de depresión infantil*. Madrid: TEA.
- Del Barrio, V., Roa, M. L., Olmedo, M. y Colondrón, F. (2002). Primera adaptación del CDI-S a población española. *Acción Psicológica*, 3, 263-272.
- Devenish, B., Hooley, M. y Mellor, D. (2017). The pathways between socioeconomic status and adolescent outcomes: A systematic review. *American Journal of Community Psychology*, 59, 219-238.

- Ferreira, E., Granero, R., Noorian, Z., Acosta, K. R. y Domènech-Llaberia, E. (2012). Acontecimientos vitales y sintomatología depresiva en población adolescente. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17, 123-135
- Figueras, A., Amador, J. A., Gómez, J. y Del Barrio, V. (2010). Psychometric Properties of the Children's Depression Inventory in community and clinical sample. *The Spanish Journal of Psychology*, 13, 990-999.
- Frias, M. D., Pascual, J. y García, J. F. (2000). Tamaño del efecto del tratamiento y significación estadística. *Psicothema*, 12, 236-240
- Garrison, C. Z., Addy, C. L., Jackson, K. L., McKeown, R. E. y Waller, J. L. (1991). A longitudinal study of suicidal ideation in young adolescents. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 30, 597-603.
- Gilman, S. E., Kawachi, I., Fitzmaurice, G. M. y Buka, S. L. (2003). Socioeconomic status, family disruption and residential stability in childhood: relation to onset, recurrence and remission of major depression. *Psychological Medicine*, 33, 1341-1355.
- Gili, M., Roca, M., Basu, S., McKee, M. y Stuckler, D. (2013). The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *European Journal of Public Health*, 23, 103-108.
- Gotlib, I. H., Lewinsohn, P. M. y Seeley, J. R. (1995). Symptoms versus diagnosis of depression: Differences in psychosocial functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 90-100.
- Kann, L., Kinchen, S. A., Williams, B. I., Ross, J. G., Lowry, R., Grunbaum, J. A., Blumson, P. S., Collins, J. L. y Kolbe, J. L. (2000). Youth Risk Behavior Surveillance-United States, 1999. State and local YRBSS Coordinators. *Journal of School Health*, 70, 271-85.
- Kovacs, M. (1992). *Manual of the Children's Depression Inventory*. Toronto: Multi-Heath Systems, Inc.
- Lipsey, M. W. y Wilson, D. B. (2001). *Practical meta-analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- McLaughlin, K. A., Kubzansky, L. D., Dunn, E. C., Waldinger, R., Vaillant, G. y Koenen, K. C. (2010). Childhood social environment, emotional reactivity to stress, and mood and anxiety disorders across the life course. *Depression and Anxiety*, 27, 1087-1094.
- Méndez, J., Olivares, J. y Ros, C. M. (2001). Características clínicas y tratamiento de la depresión en la infancia y adolescencia. En V. E. Caballo y M. A. Simón (dirs.), *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente* (pp. 139-185). Madrid. Pirámide.
- Nolen-Hoeksema, S., Girgus, J. S. y Seligman, M. E. P. (1986). Learned helplessness in children: a longitudinal study of depression, achievement, and explanatory style. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 435-442.
- Olmedo, M., Del Barrio, V. y Santed, M. (2000). Valoración de Padres y Maestros de las Emociones Negativas en la Adolescencia: Concordancia de Fuentes y Percepción de Cambio. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 53(4), 717-731.
- Pérez, G., Rodríguez-Sanza, M., Domínguez-Berjón, F., Cabeza, E. y Borrella, C. (2014). Indicadores para monitorizar la evolución de la crisis económica y sus efectos en la salud y en las desigualdades en salud. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28, 124-131.
- Rajmil, L., López-Aguilà, S., Penina, A. M., Bustos, A. M., Sanz, M. R. y Guiteras, P. B. (2010). Desigualdades sociales en la salud mental infantil en Cataluña. *Anales de Pediatría*, 73, 233-240.
- Rey, M., Martínez, R. y Calonge, I. (2017) Situaciones estresantes cotidianas en la infancia y su relación con la sintomatología y la adaptación. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 23, 483-502
- Reynolds, W. M. (2002). *Reynolds Adolescent Depression Scale – 2ª ed. Professional manual*. Odessa, TX: Psychological Assessment Resources, Inc.

- Richmond, B. O., Rodrigo, G. y Lusiardo, M. (1989). Measuring anxiety among children in Uruguay. En R. Schwarzer, H. M. Van der Ploeg y C. D. Spielberger (dirs.), *Advances in test anxiety research*, 6. Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Sánchez-Hernández, O. (2012). *Eficacia de sendas intervenciones de psicología positiva para la promoción del bienestar y la depresión infantil y de la depresión adolescente*. Tesis doctoral no publicada, Universidad de Murcia, España.
- Shore, L., Toumbourou, J. W., Lewis, A. J. y Kremer, P. (2018). Review: longitudinal trajectories of child and adolescent depressive symptoms and their predictors - a systematic review and meta-analysis. *Child and Adolescent Mental Health*, 23, 107-120.
- Swartz, J. R., Hariri, A. R. y Williamson, D. E. (2017). An epigenetic mechanism links socioeconomic status to changes in depression-related brain function in high-risk adolescents. *Molecular Psychiatry*, 22, 209-214.
- Von Soest, T., Bramness, J., Pedersen, W. y Wichstrøm, L. (2012). The relationship between socio-economic status and antidepressant prescription: a longitudinal survey and register study of young adults. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 21, 87-95.
- 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. *JAMA*, 281, 1707-1713.

RECIBIDO: 21 de diciembre de 2017

ACEPTADO: 8 de abril de 2018