

Depresión en la adolescencia. Revisión

Depression in adolescence. A review.

Joaquín Díaz Atienza

Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil - Almería . diazatienda@gmail.com

Marina Díaz Blánquez

Facultad de Psicología - Universidad de Granada

RESUMEN

Revisamos los distintos modelos que se ha propuesto para la comprensión de la depresión en la adolescencia. A continuación exponemos los instrumentos de evaluación más utilizados, así como la relación que existe entre depresión y autoconcepto, depresión y acontecimientos vitales, depresión y consumo de alcohol y tabaco y depresión y rendimiento académico.

PALABRAS CLAVE: adolescencia, depresión, acontecimientos vitales, rendimiento académico, alcohol, tabaco, autoconcepto

ABSTRACT

We reviewed the different models proposed for the comprehension of the depression in the adolescence. Later we expose the most used assessment instruments, as well as the relation that exists between depression and self-concept, depression and life events, depression and consumption of alcohol and tobacco and depression and academic performance.

KEYWORDS: adolescence, depression, life events, academic achievement, alcohol, tobacco, self-concept

1.1. SEMIOLOGÍA DEPRESIVA EN LA ADOLESCENCIA.

1.1.1. Aspectos generales.

La semiología depresiva en la adolescencia es, y ha sido, un asunto controvertido en cuanto a su precisión diagnóstica e interpretativa. En la definición del fenómeno depresivo del adolescente existen dos posturas epistemológicas claramente diferenciadas: aquellos que sostienen que la depresión, en esta etapa del desarrollo, reviste unas características semiológicas particulares ("acting-out", suicidio, toxicomanías y problemas de conducta, fundamentalmente) (Braconnier, 1993) y aquellos que defienden la igualdad del cuadro clínico con el del adulto.

A continuación exponemos, de forma breve, las explicaciones que algunos paradigmas han dado a la clínica depresiva. En una segunda parte se desarrollan exhaustivamente los resultados de las investigaciones relacionadas con los objetivos específicos y generales de nuestra investigación: a saber, la relación de la semiología depresiva con el autoconcepto y con el rendimiento académico.

1.1.2. Aproximación psicodinámica.

Desde esta perspectiva es importante el planteamiento entre dos aspectos emocionales básicos: **duelo y depresión**. No hay obra que trate de la adolescencia que no se refiera a la tristeza, a la agitación, la inquietud y la disforia. Como nos dicen Marcelli y cols (1986) el sentimiento de inutilidad y pesimismo son constantes psicológicas que aparecen de forma recurrente en esta etapa de desarrollo. El adolescente, fuera de toda situación clínica, nos ofrece una gran variedad de situaciones en donde se pasa largas horas tumbado, inactivo, tan apasionado en un momento dado como invadido por el aburrimiento y el desinterés en otro. Justamente estas

situaciones descritas por unos como momentos evolutivos normales, para otros sería el argumento definitivo de que no hay adolescente sin depresión (Marcelli y cols, 1986).

Suele afirmarse que el adolescente presenta un **afecto depresivo de base** (Hollande, 1976) caracterizado por su tendencia al aislamiento, la presentación de un enlentecimiento psicomotor y accesos recurrente de pesimismo. Este humor depresivo es inconstante, se manifiesta de forma breve y episódica. Otro aspecto es el **aburrimiento** que algunos autores lo consideran como un mecanismo de defensa frente a la depresión clínica. La **morosidad**, frecuentemente aludida en la literatura psicodinámica, sería el último rasgo del afecto depresivo de base. Según refiere Mâle (1971) la morosidad *"es un estado anímico que manifiesta mas bien un rechazo a investir el mundo de los objetos, de los seres: nada sirve para nada, el mundo está vacío. Estas fórmulas podrían parecer depresivas, pero no están integradas en el cuadro tímico, propiamente dicho. Son compatibles con una energía aparentemente conservada. Estaríamos en el límite de la psicopatología depresiva"*.

El psicoanálisis defiende que la expresión de la semiología depresiva en esta etapa del desarrollo es fundamentalmente enmascarada (Tabla – 1), aunque sin excluir la presencia de trastornos afectivos equivalentes a los que se presentan en el adulto. Parten de supuesto de que el síntoma depresivo surge de la interacción entre una organización depresiva y la organización global de la personalidad, representando la pérdida de objeto, el deseo de incorporarlo, la tendencia narcisística, la ambivalencia y la atribución al superyo y al no-yo del objeto perdido. Desde esta perspectiva se distinguirían cuatro subtipos de expresión depresiva (Braconnier, 1989):

1.1.2.1. Amenaza depresiva.

No es un trastorno depresivo propiamente dicho, sino la sensación de sentirse invadido por un sentimiento depresivo y cuya persistencia no es más duradera que una o dos horas, incluso minutos. Los síntomas son: tensión psíquica y física, alteraciones neurovegetativas (disnea, palpitaciones, molestias torácicas o abdominales, sensación de ahogo, sensación de

desvanecimiento, etc.) acompañadas de irritabilidad, insomnio precoz y pesadillas. Es un sentimiento de amenaza que viene de dentro del sujeto. Suele ir acompañada de sentimientos de tristeza, pérdida de interés y enlentecimiento psicomotor.

1.1.2.2. Depresión de inferioridad.

Para Ferrari y Braconnier (1976) es la más característica de la adolescencia. Si bien la baja autoestima y el sentimiento de inferioridad son propios de la depresión a cualquier edad, en el adolescente son aspectos psicológicos que adquieren una gran relevancia, ya que lo hacen especialmente vulnerable. Se trata de un sentimiento de inferioridad referido a un dominio particular o varios de ellos: escuela, aspecto físico... o a toda la personalidad. Por tanto, estamos ante una

problemática narcisista del adolescente que se traduce en un sentimiento de impotencia para realizar sus propias exigencias, la mayoría de las veces, idealizadas.

Tabla – 1. Equivalentes depresivos en la adolescencia.

Autor	Síntomas
TOOLAN	Trastornos de conducta, absentismo escolar, enfados, nerviosismo, conductas autolesivas
WEINER	Fatiga, enfados, nerviosismo, hipocondría, problemas de concentración, “acting-out”, toxicomanías, alteraciones de la conducta sexual, formación de una identidad negativa.
GLASER	Trastornos de conducta, delincuencia, fobia escolar, tendencias neuróticas, quejas psicósomáticas.
MALMQUIST	Anorexia nerviosa, obesidad, hipocondría, hiperactividad, “acting-out”
DAKWIN	Agresividad, problemas escolares, inestabilidad, “acting-out”.
Fuente: Reproducido por Braconnier (1993) y extraído de Carlson y Strober (1979).	

1.1.2. Depresión de abandono.

Comprende aquellos casos en donde aparece un sentimiento de tristeza, de abandono y de vacío que, según Masterson (1989), estarían en la base de los estados borderline con frecuentes “acting-out”. Para Braconnier (1993), la depresión por abandono, podría explicar lo que él considera como equivalentes depresivos: consumo de drogas, ingesta compulsiva, relaciones homosexuales y heterosexuales erráticas.

Tras esta experiencia depresiva, denominada de abandono, existirían antecedentes de abandono traumático durante la infancia (Mazet y cols, 1976).

1.1.3. Modelos socioambientales.

Al modelo socioambiental también se le suele denominar Modelo Operante ya que suelen integrar en sus explicaciones sobre la semiología depresiva a teorías provenientes de los paradigmas del aprendizaje clásico e instrumental u operante. De hecho, este modelo se inicia con la teoría operante de la Escuela Skinneriana (Skinner, 1953) que definía la depresión como el resultado de un proceso de extinción operante o el cese del refuerzo sobre conductas que han sido reforzadas con anterioridad.

Los que adquieren mayor importancia para entender nuestro trabajo son: **El Modelo de REHM** (REM, 1979 y 1991), **el Modelo de FESTER** (Fester, 1981) y **el Modelo de LEWINSOHN** (Lewinsohn, 1974).

1.1.3.1. Modelo de REM.

También se le ha denominado modelo de autocontrol, debido a que explica la semiología depresiva como una consecuencia de los déficits en el ámbito de la **capacidad de autocontrol** del sujeto. Para los partidarios de esta aproximación teórica, el adolescente depresivo sería aquel que no ha aprendido a controlar su conducta para conseguir los objetivos que previamente se había planteado.

Los déficits de autocontrol pueden situarse en todos o alguno de los mecanismos que subyacen en esta habilidad psicológica: la atención, la auto-evaluación, y el auto-refuerzo.

- a) El adolescente con tendencia a la depresión manifiesta más **atención** a los acontecimientos negativos, fijándose, sobre todo, en los resultados inmediatos más que en las consecuencias a medio – largo plazo. Esta atención

selectiva hace que se focalice hacia un determinado tipo de información que favorece las distorsiones cognitivas depresivógenas.

- b) Respecto a **la auto-evaluación**, Rehm toma prestado al Paradigma de Seligman cuando afirma que el adolescente depresivo tiene dificultades para establecer un vínculo entre respuesta y consecuencias, adjudicando una relación causal a los acontecimientos externos escapando del control de su conducta.
- c) Por último, el concepto de **auto-refuerzo**, Rehm lo extrae del paradigma del aprendizaje social de Bandura (1976). Según este autor, la noción de autoconcepto recubre el proceso por el que los individuos aumentan, disminuyen o mantienen determinadas conductas gratificándose con recompensas que ellos mismos controlan. Este refuerzo autocontrolado permite la creación de factores de motivación en los individuos. Sin embargo, como manifiesta Aronfreed (1964) existen individuos cuyo sistema de auto-refuerzo es punitivo y actuaría como mecanismo reductor de la ansiedad. Parece evidente que los sentimientos de autodesprecio, de fracaso, y los mecanismos de anticipación negativa podrían ser explicados por el fracaso por los mecanismos de autorrecompensa.

1.1.3.2. Modelo de FERSTER.

Para Ferster (1966, 1973, 1981) la depresión es el resultado de la interacción de varios procesos psicológicos. Tres situaciones pueden provocar los síntomas depresivos: una tasa reducida de refuerzo, una tasa

elevada de castigo y un cambio del estímulo discriminativo responsable de la secuencia respuesta/refuerzo. La **tasa reducida de refuerzo** puede estar favorecida por la presentación irregular del refuerzo, o bien por la falta de continuidad entre respuesta y refuerzo. Costello (1972) introdujo un matiz importante: la pérdida de eficacia de los reforzadores disponibles. Este autor propuso dos causas que la explicaría (Figura - 1) (Méndez y cols, 2001):

- a) Los cambios bioquímicos y neurofisiológicos y
- b) Las rupturas de cadenas conductuales. Este aspecto explicaría, igualmente, la pérdida de estímulos discriminativos. Se sabe que la eficacia de los reforzadores se potencian cuando van precedidos de estímulos discriminativos.

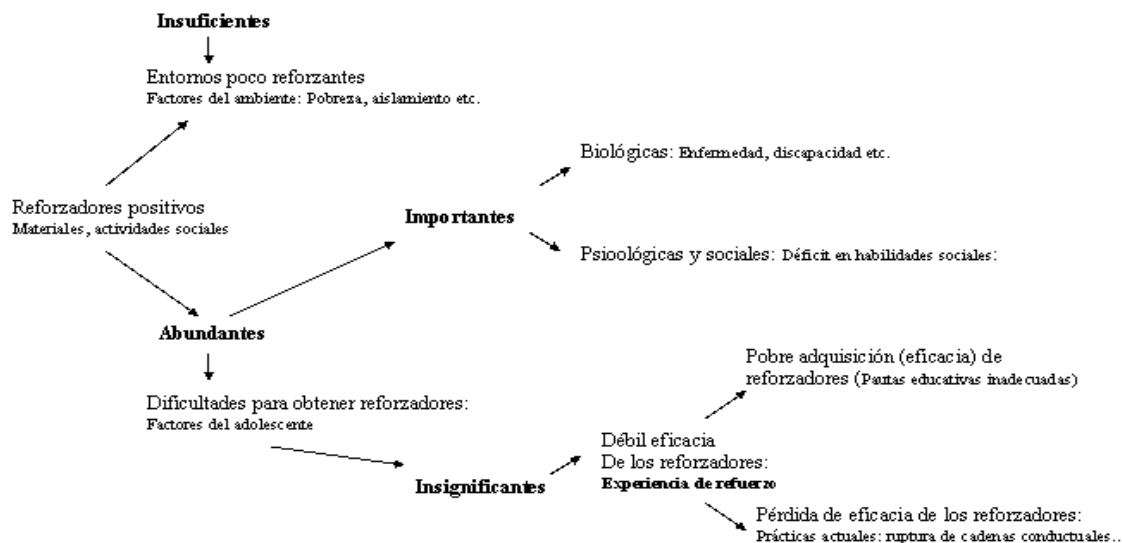
Igualmente, como veremos más adelante, para Lewinsohn (1974) la semiología depresiva se debe a una tasa reducida de refuerzo positivo contingente con la respuesta. La **tasa elevada de**

castigo puede dar lugar a comportamientos de evitación o escape. Y finalmente, la **supresión de estímulos discriminativos** en la secuencia respuesta/refuerzo, trae como resultado que se pierda la eficacia de los reforzadores y de los estímulos condicionados asociados a una determinada respuesta.

1.1.3.3. Modelo de LEWINSOHN.

Este autor profundiza sobre la teoría operante de la depresión. Supone que la reducción de refuerzos positivos constituye, en sí mismo, un estímulo que provocará comportamientos depresivos. Estos, a su vez, serán reforzados, al principio por la mayor atención del entorno (simpatía, apoyo, interés...) y, a la larga, por el rechazo del medio y que amplificará sensiblemente la disminución de acontecimientos que hubieran podido ser reforzantes para el adolescente. Este círculo daría lugar a una situación de evitación social.

Figura – 1. Mecanismos que explican la baja tasa de refuerzo



En definitiva Lewinsohn diseña un esquema dinámico entre factores predisponentes, conductas depresivas y factores de mantenimiento. Integra las aportaciones teóricas de Ferster y las del Modelo de Indefensión Aprendida de Seligman (véase más adelante). Al margen de la disminución de la tasa de refuerzo positivo, dos son las aportaciones básicas en este modelo: el nivel de habilidades sociales y el modelaje de las conductas depresivas (Figura – 2)

a) Nivel de habilidades sociales.

Las habilidades sociales permiten el establecimiento de una comunicación clara y eficaz con los demás. Según este modelo, un déficit en las habilidades sociales actuarían no solo como un factor predisponente, sino, igualmente, como un factor de mantenimiento de la semiología depresiva.

b) Modelaje de las conductas depresivas.

Para Bandura (1976) este tipo de aprendizaje es muy importante en la infancia y en la adolescencia. El estatus de modelo respecto al niño y al adolescente es básico para que se dé este tipo de aprendizaje. Con esta teoría se pretende explicar la mayor vulnerabilidad del niño y del adolescente en donde alguno, o ambos, padres presentan trastornos depresivos. Para Vera (1985) la situación del adolescente puede verse confrontada a un doble sistema de referencia: la necesidad de un comportamiento adaptado en la escuela y reforzado positivamente frente al hecho de que en su familia, este mismo comportamiento, puede ser considerado como inadaptado y, por tanto, castigado.

Podríamos resumir la Teoría de Lewinsohn en los siguientes aspectos (Méndez y cols, 2001):

- a) La tasa de refuerzo es menor en los adolescentes deprimidos.
- b) La tasa de refuerzo en un mismo adolescente es menor cuando presenta síntomas depresivos.
- c) El comienzo de una depresión coincide con una reducción significativa de la tasa de refuerzo.
- d) La gravedad de la semiología depresiva varía en función del grado de disminución del refuerzo.
- e) La mejoría, por el contrario, coincide con un incremento del refuerzo positivo.

Algunos estudios apoyan los planteamientos teóricos de Lewinsohn: Se ha encontrado en adolescentes deprimidos un mayor rechazo materno y un menor apoyo parental (Simona y Millar, 1987), así como déficits importantes en habilidades sociales como factores predisponentes (Kupersmidt y Patterson, 1991; Shah y Morgan, 1996).

1.1.4. Modelo Cognitivo

El paradigma cognitivo de la depresión fue propuesto por Beck y cols en 1979. Se basa fundamentalmente en el aserto de que todas las personas interpretan sus emociones y circunstancias

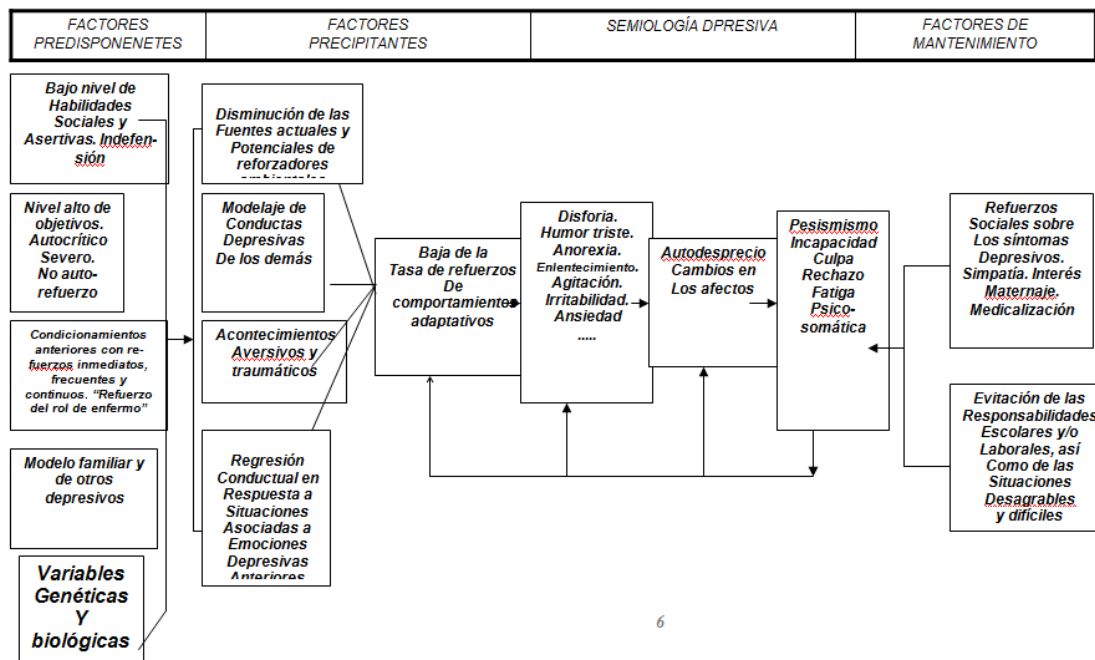
según el propio estilo de pensar o cognitivo. Este estilo es idiosincrásico y se desarrolla según las vivencias que el niño tiene durante la infancia. Justamente, las experiencias negativas tempranas pueden originar pautas de pensamiento o esquemas cognitivos anormales o distorsionados que incrementarán en el futuro la vulnerabilidad debido a los errores lógicos derivados de los mismos.

En el caso concreto de la depresión, Beck y cols (1979) propusieron la Tríada Cognitiva de la Depresión: Consiste en la visión que el deprimido presenta del mundo, del sí mismo y del futuro. Sería la visión negativa y pesimista del depresivo la causa de la semiología característica.

Son numerosas las investigaciones que han puesto en evidencia en niños y adolescentes la tríada propuesta por Beck, sobre todo los aspectos referidos al bajo autoconcepto (Asarnow y cols. 1988; Mitchell y cols, 1988; Méndez, 1998). Los adolescentes deprimidos no admiten las distorsiones cognitivas que padecen debido a los errores lógicos que cometen. Los más frecuentes son:

- a) *Inferencia arbitrara*. Consiste en el mecanismo cognitivo mediante el cual el niño extrae conclusiones incorrectas, tanto por falta de información como a pesar de que puedan existir datos objetivables en contra.
- b) *Sobregeneralización*. Mecanismo por el que el adolescente extrapola y generaliza conclusiones extraídas de una información parcial, incluso aunque no tengan relación entre sí.

Figura 2. Modelo de Lewinsohn



- c) *Abstracción selectiva*. Consiste en la focalización de la atención sobre aspectos al margen del contexto ignorando, por el contrario, otros que son fundamentales para comprenderlo.
- d) *Magnificación y minimización*. Consisten en dos mecanismos cognitivos opuestos. El primero, sería la tendencia a sobrestimar la dificultades, en tanto que, el segundo, tiene a minimizar o infravalorar las propias habilidades.
- e) *Pensamiento dicotómico*. El análisis se sitúa en categorías opuestas. En el caso de afecto depresivo, el adolescente siempre tiende a situarse en el polo negativo.
- f) *Personalización*. Mecanismo básico de la culpa del adolescente depresivo y consistente en la asunción de responsabilidad sobre hechos negativos externos sin base suficiente para que el sujeto se los atribuya.

1.1.5. Modelo de indefensión aprendida.

Seligman (1975) llevó los resultados experimentales a la elaboración de un modelo para explicar la depresión, que él sustenta en una serie de supuestos empíricos. A saber:

- a) Cuando se tiene la sensación que las conductas, independientemente de las que se emitan, no controlan el refuerzo, se habla de situaciones incontrolables. Estas producen en el sujeto las:
- b) Expectativas de incontrolabilidad sobre las situaciones que, a su vez, van a producir una serie de déficits característicos del estado de ánimo depresivo:
 - Motivacionales: con una disminución de las conductas operantes y un incremento de la latencia de respuesta.
 - Cognitivos: Incapacidad para aprender respuestas que puedan ser reforzadas y
 - Emocionales: Sentimiento de indefensión y desesperanza.

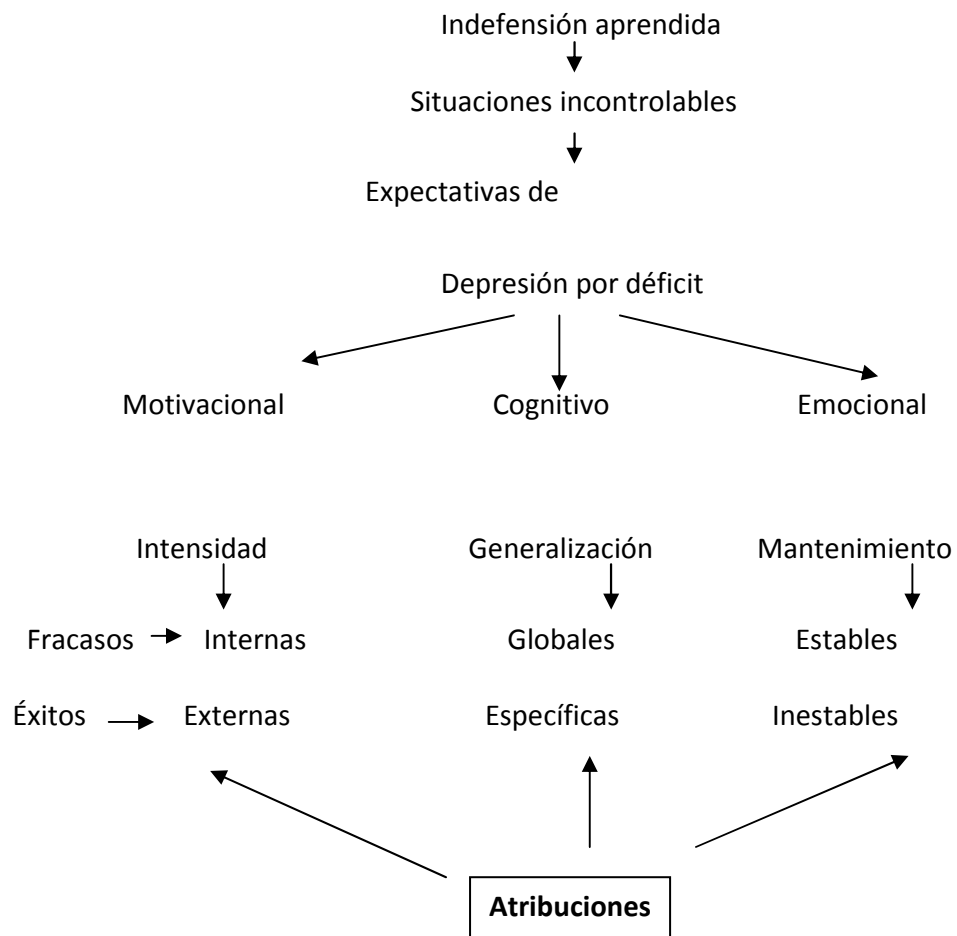
Sin embargo, como nos dice Méndez y cols (1998), citando a Seligman y Teasdale (1978) (Figura – 3), la incontrolabilidad no es específica, ni suficiente, para explicar la depresión en el adolescente, reformulando el modelo original sobre la base de las atribuciones que explicarían mejor las diferencias entre individuos. Existen dos tipos básicos de indefensión: la **indefensión universal** y la **indefensión individual**. La primera hace referencia a la incontrolabilidad no dependiente a factores individuales, la segunda, por el contrario, el sujeto la atribuye a causas personales. La autoestima del sujeto se afecta poco o

nada en el primer supuesto, contrariamente a lo que sucede en el segundo. Existen distintos mecanismos atribucionales:

- A) *Atribución global o específica*: Este tipo de atribución explica la generalización de la indefensión. No es lo mismo que el adolescente explique su fracaso en una asignatura a la falta de inteligencia que una dificultad específica.
- B) *Atribución interna o externa*: Explica la intensidad de la indefensión y consiste en la topografía en donde sitúa el adolescente las causas de su fracaso. Si éste se da en la mayoría de los compañeros, se establecería una **indefensión universal**, por el contrario, si el fracaso es personal, se daría la **indefensión individual** con gran deterioro de la autoestima.
- C) *Atribución estable o inestable*. Explicarían la persistencia del sentimiento de indefensión. Tienen, igualmente, que ver con la atribución a causas estables o pasajeras.

El sentimiento de impredecibilidad e incontrolabilidad produce una serie de consecuencias en el adolescente (Vera, 1985). A saber, *consecuencias cognitivas*: haga lo que se haga no podrán modificarse las consecuencias.

Figura – 3. Reformulación de la Teoría de la Indefensión Aprendida



Fuente: Méndez (1998)

Consecuencias afectivas: la aparición de un sentimiento de impotencia, tristeza y desvaloración personal.

Consecuencias motivacionales y conductuales: la pérdida por parte del adolescente a retomar el control de su vida a través de su conducta.

1.1.6. Modelo biológico.

Este modelo comprende las investigaciones centradas en la genética, la neuroinmunología, las alteraciones neuroquímicas y neuroendocrinas. Igualmente se ha intentado encontrar marcadores biológicos de la depresión con resultados, a veces, contradictorios. En este apartado nos limitaremos a realizar una breve descripción, ya que no son fundamentales para comprender los objetivos de esta investigación.

a) Estudios genéticos y de agregación familiar.

Entre las investigaciones consultadas suele distinguirse entre trastorno depresivo mayor y distimia con resultados diferentes.

a.1) Respecto al trastorno depresivo mayor, tenemos:

- Si consideramos la incidencia de depresión entre los hijos de padres que padecen trastornos afectivos, la mayoría coinciden en afirmar que, a lo largo de la vida, existe tres veces más probabilidad de que padezcan un trastorno afectivo que en los controles, siendo la prevalencia del 15% al 45% (Hammen y cols, 1990).
- Entre los factores de riesgo encontrados tenemos: la precocidad del trastorno depresivo en los padres (Warner y cols, 1995), la presencia de trastorno depresivo en ambos padres (Merikangas y cols, 1988). Hoy se entiende, tanto por los estudios de agregación

familiar como los realizados entre gemelos (Kendler y cols, 1992) que lo heredable es un terreno de vulnerabilidad para los trastornos afectivos y los de ansiedad, requiriéndose un cierto número de estresores ambientales para que se puedan manifestar (Kendler, 1995; Warner y cols, 1995; Birmaher y cols, 1996).

- Si estudiamos a los familiares de primer grado de niños y adolescentes con trastornos afectivos, se ha estimado una prevalencia del 20 – 40 % (Williamson y cols, 1995).

a.2) En la distimia, encontramos que las investigaciones de Klain y cols (1995) sobre la prevalencia de este trastorno y trastornos depresivos mayores entre los familiares de pacientes con episodios tempranos de depresión es mayor que en los controles. Sin embargo, la prevalencia de distimia es mayor entre los familiares con este trastorno que entre los que padecen Trastorno Depresivo mayor y controles, lo que indicaría un patrón de transmisión familiar diferente para ambos trastornos.

En definitiva, parece ser que para la distimia juegan un rol importante los factores ambientales (Warner y cols, 1995).

c) Estudios sobre la hormona del crecimiento (HGH).

Tal como suele suceder en los adultos, en niños y adolescentes deprimidos puede presentarse una hiposecreción de la HGH tras la administración de algunos procedimientos inductores, tales como la hipoglucemia, la administración oral de clonidina, de l-dopa, desmetilimipramina y GH-RH (Ryan y cols, 1994; Dahl y cols, 2000).

La alteración secretoria producida por la hipoglucemia inducida permanece aún cuando el episodio depresivo ha remitido, habiéndose sugerido como rasgo premórbido (Ryan y cols, 1994). Sin embargo, no se ha llegado a demostrar que estas alteraciones sean específicas de los trastornos depresivos.

Respecto a la hipersecreción de la HGH durante el sueño en niños (Puig – Antich y cols, 1984) y adolescentes (Kutcher y cols, 1991), aunque no pudo ser replicada por algunos autores (Bellis y cols, 1996), estudios más recientes insisten en su presencia, incluso proponiéndola como un marcador premórbido (Caplan y cols, 2000), aunque la polémica continúa en la actualidad (Birmaher y cols, 2000; Watson y cols, 2000).

d) Serotonina y depresión en la adolescencia.

Son numerosas las investigaciones en adultos que sugieren una disfunción serotoninérgica del sistema nervioso central, proponiéndose como un factor de vulnerabilidad para la presentación de los trastornos depresivos (Maes y Meltzer, 1995). Igualmente, el primer estudio, específicamente en niños deprimidos, que hemos encontrado (Ryan y cols, 1992) puso de manifiesto niveles bajos de cortisol tras la administración de L-5-Hidroxitriptófano. Los mismos resultados se han encontrado en adolescentes tras la administración de meta-clorofenilpiperacina (Ghazinddin y cols, 2000). Finalmente, parece que las niñas y adolescentes mujeres con trastornos afectivos segregan mayor prolactina que los controles sanos y los niños adolescentes masculinos deprimidos (Ryan y cols, 1992).

e) Disfunción del eje hipotalámico – hipofisario – suprarrenal.

Las investigaciones sobre niveles de cortisol en niños y adolescentes deprimidos son bastante inconsistentes. Algunos de ellos no muestran

diferencias significativas entre adolescentes deprimidos y controles (Birmaher y cols, 1992; Dahl y cols, 1991). Por el contrario, otro estudio más reciente (Gmitrowicz y cols, 2001) evidencian niveles más altos de cortisol en adolescentes con depresión respecto a controles.

El test de supresión de la dexametasona ha sido ampliamente estudiado en niños y adolescentes. Los resultados podemos resumirlos en (Birmaher y cols, 1996):

- e1. La sensibilidad es mayor en adolescentes hospitalizados que en aquellos que están en tratamiento ambulatorio.
- e2. Parece que la sensibilidad es mayor en niños que en adolescentes.
- e3. La especificidad en adolescentes es alrededor del 85 %.

f) Anomalías del sueño como marcadores biológicos de la depresión.

Hasta 1996 eran escasas las investigaciones que comprobaron alteraciones del sueño en los trastornos depresivos en la edad infanto-juvenil. Concretamente, cinco de ellos encontraron una prolongación de la latencia, cuatro una reducción de la latencia del sueño REM y tres un decremento de la eficiencia (Birmaher y cols, 1996).

Más recientemente, Rao y cols (2002) confirman la reducción de la latencia, un aumento de la densidad y mayor cantidad de sueño REM en adolescentes deprimidos frente a controles sanos. De otra parte, Armitage y cols (2001), encontraron una menor amplitud de la actividad delta durante la primera parte del sueño NoREM, lo que representaría, según estos investigadores, una menor maduración del patrón de sueño.

Respecto a la eficiencia, Emslie y cols (2001), confirman una reducción de la misma. Finalmente, Armitage y cols (2002) proponen algunas anomalías de la arquitectura del sueño como predictoras de los trastornos afectivos en la adolescencia. En concreto, la coherencia de la

actividad EEG interhemisférica de las diferentes bandas de frecuencia (delta, theta, alfa y beta). La que estaría más asociada a la depresión sería la incoherencia temporal.

1.1.7. Criterios diagnósticos del DSM – IV y la CIE – 10.

Tanto el DSM-IV (1994) (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría) como la CIE-10 (1996) (Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud), no distinguen entre depresión infanto-juvenil y la del adulto. En nuestro trabajo, nos se investiga tanto la presencia de trastornos depresivos, clínicamente significativos, como la presencia de semiología depresiva en relación al rendimiento académico. Sin embargo, hemos considerado importante incluir las distintas categorías de ambos sistemas clasificatorios con objeto de comprender la semiología en el contexto de la clínica.

Tabla – 2. Clasificación de los Trastornos Depresivos¹

DSM - IV	CIE - 10
<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno depresivo mayor, episodio único (296.2x) (1) (2) • Trastorno depresivo mayor, recidivante (296.3x) (1) (2) • Trastorno distímico (300.4) (3) • Trastorno depresivo no especificado (311) <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>(1) Especificar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0 <i>Leve.</i> • 1. <i>Moderado.</i> • 2. <i>Grave sin síntomas psicóticos.</i> • 3. <i>Grave con síntomas psicóticos.</i> • 4. <i>En remisión total o parcial.</i> • 9. <i>No especificado</i> <p>(2) Especificar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Crónico</i> • <i>Con síntomas catatónicos.</i> • <i>Con síntomas melancólicos.</i> • <i>Con síntomas atípicos.</i> • <i>De inicio en el posparto.</i> <p>(3) De inicio temprano (Antes de los 21 años) o tardío (después de los 21 años)</p> </div>	<ul style="list-style-type: none"> • Episodios depresivos (F32) <ul style="list-style-type: none"> ○ Leve (F32.0) (1) ○ Moderado (F32.1) (1) ○ Grave sin síntomas psicóticos (F32.2) ○ Grave con síntomas psicóticos (F32.3) ○ Otros episodios depresivos (F32.8) ○ Episodio depresivo sin especificación (F32.9) • Trastorno depresivo recurrente (F33) <ul style="list-style-type: none"> ○ Episodio actual leve. (F33.0) (1) ○ Episodio actual moderado. (F33.1) (1) ○ Episodio actual grave sin síntomas psicóticos.(F33.2) ○ Episodio actual grave con síntomas psicóticos. (F33.3) ○ Actualmente en remisión. (F33.4) ○ Otros (F33.8) ○ Sin especificación (F33.9) • Trastornos del humor persistentes (F34) <ul style="list-style-type: none"> ○ Ciclotimia (F34.0) ○ Distimia (F34.1) ○ Otros (F34.8) ○ Sin especificación (F34.9) • Otros Trastornos del humor (F38) <ul style="list-style-type: none"> ○ Aislados (F38.0) ○ Recurrentes (F38.1) ○ Especificados. (F38.8) ○ Sin especificación (F39) <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>(1) Sin síntomas somáticos y con síntomas somáticos</p> </div>

a) CIE – 10.

La CIE – 10 ha mejorado sensiblemente respecto a su predecesora la CIE –9 en varios aspectos: el primero, la inclusión de nuevas categorías diagnósticas. El segundo, el gran esfuerzo unificador con el DSM-IV en lo que se refiere al abandono del planteamiento etiológico de los trastornos, desarrollando una visión descriptiva de los mismos. En tercer lugar, abandona el término de depresión neurótica por el de distimia y recoge el de ciclotimia como entidad y no como trastorno de personalidad. Finalmente, se contemplan distintos niveles de gravedad – leve, moderada y grave – así como la presencia o no de síntomas somáticos y, en las graves, la presencia o no de síntomas psicóticos. El tiempo se encargará de evidenciar la mayor o menor pertinencia de este nuevo planteamiento clasificatorio.

¹ No se recogen los trastornos bipolares.

b) DSM – IV.

El DSM-IV mantiene las mismas entidades que el DSM-III-R en lo que se refiere a los trastornos afectivos. Solo en lo que se refiere a los trastornos bipolares introduce la precisión entre trastorno bipolar tipo I y tipo II, así como nuevos criterios para el diagnóstico del episodio hipomaniaco.

Se realizan mayores precisiones sobre los distintos subtipos y en aspectos de cronicidad, remisión y la presencia de síntomas atípicos. Por último, se introduce un nuevo subgrupo con la denominación de *trastornos del ánimo debido a* con el se intentan explicitar las alteraciones depresivas consecuentes a enfermedades médicas.

Sin embargo, como afirma Doménech-Llabeira (1997), la semiología depresiva del adolescente, en bastantes ocasiones, no puede ser ubicada en ninguna de las subcategorías del DSM-IV ni de la CIE-10. Propone un subgrupo de adolescentes que, a pesar de presentar síntomas depresivos significativos, no pueden encuadrarse en ninguna categoría diagnóstica y que denomina Labilidad Afectiva. Clínicamente, se caracterizaría por ser de menor intensidad, parciales, recurrentes o intermitentes. A pesar de que esta circunstancia es contemplada en numerosos trabajos, las clasificaciones anteriores no la incluyen. La clasificación francesa la denomina Momento depresivo y, como hemos visto anteriormente en la escuela psicodinámica, suele coincidir con lo que se denomina morosidad.

1.1.8. Epidemiología de la depresión del adolescente.

A pesar de los numerosísimos estudios sobre la prevalencia, incidencia, factores de riesgo y variables psicosociales que se han publicado, la información que se desprende de ellos está bastante parcelada y es, a todas luces, inconsistente. Esto se debe a varios aspectos, sin que pretendamos ser exhaustivos:

1. Los criterios utilizados para diagnosticar la depresión durante la adolescencia difieren de unas investigaciones a otras. Resultado de ello son los índices de prevalencia, como demuestra el conocido estudio de Albert y Beck (1975) en el que se evidenció una prevalencia del 33 % en niños de entre 11 y 15 años. Claramente, este estudio se refiere a la semiología depresiva y no de un síndrome clínico.
2. La gran variabilidad entre las distintas investigaciones pueden deberse al tipo de diseño, la precisión del cuadro clínico, los tramos de edad estudiados, el contexto socio-cultural de donde procede la muestra y el género. Este último aspecto es considerado muy relevante a la hora de explicar la semiología depresiva.

En la Tabla – 3 se recogen las características que podrían explicar la mayor prevalencia de la depresión en el sexo femenino.

1.1.8.1. Primeros estudios.

La mayoría de las investigaciones presenta un gran variabilidad: Así, Angold y Costello (1994) y Fleming y Oxford (1990) encontraron una prevalencia del 2 – 6% para el trastorno depresivo mayor, siendo el 1,6 – 8,0% para la distimia (Lewinsohn y cols, 1994; Birmaher y cols, 1996). Sin embargo, las diferencias interculturales son frecuentes. Un ejemplo lo tenemos en los resultados encontrados por Garrison y cols (1992) no concordantes con los encontrados en nuestro país por Doménech y cols (1996). Para los primeros la prevalencia sería del 9,04% en hombres y de 8,90% en mujeres, en tanto que para los segundos sería del 5%. Para estos investigadores es necesario un lenguaje común, la utilización de instrumentos adecuados, la necesidad de muestras más homogéneas, un mayor acuerdo en la presentación de los datos y una mayor representatividad de las muestras. Al mismo tiempo, debemos considerar las características evolutivas particulares de la adolescencia que hacen especialmente difícil precisar el umbral entre lo normal y lo patológico, sin infravalorar las situaciones subclínicas ya que, como dice Doménech- Labaría (1997), la semiología depresiva menor de hoy supone un elevado riesgo para la presentación de un síndrome clínico en el futuro. En la Tabla – 4 resumimos algunos de ellos (Mardomingo,1994) (Solo recogemos los realizados en población general).

Tabla – 3. Factores implicados en la mayor prevalencia de depresión en las mujeres

<ul style="list-style-type: none"> • genéticos. • Endocrinológicos ligados a la pubertad y maduración sexual. • Diferencias en la patología asociada. <ul style="list-style-type: none"> • Trastornos de ansiedad en las mujeres. • Trastornos del comportamiento en los hombres. • Diferencias cognoscitivas entre ambos sexos. • Factores educativos y sociales que modulan los modos de respuesta ante las vicisitudes de la vida: <ul style="list-style-type: none"> • Depresión y ansiedad en las mujeres. • Agresividad y violencia en los hombres.

Fuente: Mardomingo , 2002. Página: 268.

1.1.8.2. Situación actual.

Contrariamente a lo que se pudiera pensar, aún hoy día persisten lo mismos problemas metodológicos reseñados anteriormente. La heterogeneidad de los cuestionarios y escalas empleadas hacen muy difícil la comparación de resultados entre investigaciones. Lo mismo sucede cuando se realizan instrumentos de autoevaluación o cuando introducimos a los padres y/o profesores en la misma. Su importancia queda reflejada en un reciente e interesante trabajo de Rubio-Stipec y cols (2003) en donde queda claramente comprobado como los adolescentes tienden a informar sobre síntomas depresivos, los padres tienden a hacerlo hacia los problemas de conducta, minimizando los síntomas depresivos.

Tabla – 4: Epidemiología de la depresión en la infancia y adolescencia (Sólo población general).

Autores	Año	País	Muestra	% deprimidos
Rutter y cols	1970	R. Unido	2.199	0,14
Kashani y Simons	1979	EE. UU	103	1,90
Kashani y cols	1983	EE. UU.	350	0,30
Kazdin y cols				
Kashani y cols	1983	EE. UU		15,00
Polaino y Doménech	1987	EE. UU.		4,70
	1988	España	1211	1,8 (a) 6,4 (b)
(a) Depresión mayor. (b) Distimia				
Fuente: Mardomingo (1994). Página: 258. (Modificada)				

En la revisión que sigue solo expondremos aquellos trabajos que se han realizado en población general y cuya metodología y contenido contribuyen a esclarecer los objetivos de nuestra investigación. Pero antes, deseáramos resaltar las conclusiones a las que llegan Kessler y cols (2001) en su interesante revisión sobre la depresión en la adolescencia ya que vienen insistiendo en la necesidad de desarrollar planteamientos de investigación diferentes si realmente deseamos conocer la prevalencia y singularidad de los trastornos afectivos en esta etapa del desarrollo. Para estos investigadores, la depresión es rara en niños y frecuente en la pubertad y adolescencia, puede alcanzar a lo largo de esta etapa hasta el 25% y, sobre todo, al final de la misma, las investigaciones deben plantearse incluir variables de tipo biológico y psicosocial que puedan explicar la mayor prevalencia respecto a la infancia y, finalmente, que la mayoría de los estudios confirman que alrededor del 50 % de los adolescentes con síntomas depresivos seguirán padeciéndolos en la vida adulta y si hay síntomas maneriformes, puede llegar al 90%.

Olsson y Knorrning (1999) realizaron un diseño en dos fases en población general sueca (2.300 adolescentes entre 16 – 17 años). Los objetivos fueron calcular la prevalencia del trastorno depresivo mayor y distimia. Utilizaron como instrumento de screening el Cuestionario para la Depresión de Beck, puntuando de forma anormalmente alta el 12,3% de los sujetos. El diagnóstico clínico lo realizaron sobre los sujetos que puntuaron alto en el BDI a través del Diagnostic Interview for Children and Adolescent. Los resultados, para el trastorno depresivo mayor, fueron una ratio de 4 niñas por cada niño y una prevalencia del 5,8 %. Respecto a la distimia la ratio fue de 2:1 y la prevalencia del 2%.

Steinhausen y cols (2000) nos proporcionan los resultados iniciales de un estudio longitudinal que realizaron en Suiza. Evalúan los síntomas depresivos en una muestra representativa de 567 adolescentes (295 niñas y 272 niños) de edades comprendidas entre los 12 y 17 años (media de edad: 14,8 años y DE de 1.0). La semiología depresiva se realiza a través del Center for Epidemiological Studies Depresión Scale. La cohorte estudiada la dividen en tres grupos dependiendo de la puntuación obtenida en el CES-D:

- No deprimidos: Menos de una Desviación Estándar (DE) de la media.
- Depresión moderada: Entre una y dos DE de la media.
- Depresión severa: más de dos DE de la media.

En base a estas puntuaciones iniciales, los investigadores encuentran una prevalencia de depresión moderada del 6,5% y severa del 7,4, resultados que contrastan con los encontrados en España por Polaino- Llorente y Doménech (1988).

En la línea de investigar las características de la semiología depresiva Inter-étnica, Doi y cols (2001) realizan un estudio transcultural entre adolescentes de 12 a 15 años anglo-americanos, afro-americanos, latino-americanos y japoneses. Evalúan los índices en función de la existencia o no de interferencia social debido a los síntomas depresivos. Los resultados fueron los siguientes:

- En anglo-americanos: con interferencia el 4,3% y sin interferencia, el 9,6%.
- En afro-americanos: con interferencia el 6,1% y sin interferencia, el 13,4%.
- En latino-americanos: con interferencia el 9,0% y sin interferencia, el 16,9%.
- Finalmente, en japoneses: con interferencia el 1,3% y sin interferencia, el 5,6%.

Los investigadores encuentran que cuando los índices de prevalencia son ajustados por variables de tipo socio-económico, desaparecen las diferencias. Contrariamente a la investigación anterior los resultados de esta investigación son más congruentes con los encontrados en población española.

Concluimos esta breve revisión con otro estudio realizado por Haarasilta y cols (2001) en Finlandia. Los resultados de prevalencia obtenidos sobre una población de adolescentes – 509 sujetos- de edades comprendidas entre 15 y 19 años fueron del 5,3% (un 6,0% en mujeres y un 4.4% en hombres). En esta investigación, y a pesar de las diferencias culturales con nuestro país, al menos se mantienen las diferencias entre ambos sexos. Respecto a los índices de prevalencia los investigadores no discriminan entre distintas puntuaciones, interfiriendo los casos menos graves con los más severos.

En conclusión, creemos que aún hoy día persisten los mismos problemas metodológicos que se le hacían a las investigaciones realizadas en lo que hemos denominado como primeros estudios. Por tanto, es difícil, si no imposible, hablar de prevalencia de depresión. Por el contrario, todas las investigaciones coinciden en la alta prevalencia de síntomas depresivos en esta etapa del desarrollo, así como que esto supone un factor de interferencia en los procesos adaptativos psicosociales del adolescente.

1.1.9. Evaluación de la semiología depresiva en adolescentes

Una de las causas que más contribuyen a la confusión entre los de los diferentes estudios epidemiológicos sobre la depresión infanto-juvenil, son los instrumentos de evaluación. Estos son muy numerosos y, la mayoría de ellos, escasamente validados. Aunque no corresponde al objetivo de nuestra investigación realizar una exposición exhaustiva de ellos ni de sus características, si que conviene decir que existen dos tipos fundamentales: las entrevistas semiestructuradas y estructuradas – son instrumentos de hetero-evaluación- y los instrumentos de auto-evaluación. En la Tabla – 5 presentamos una relación de las entrevistas más utilizadas para el diagnóstico clínico. Suelen apoyarse en los criterios de las clasificaciones más importantes: la CIE-10 y, sobre todo, el DSM en sus diferentes ediciones y revisiones. Los cuestionarios de auto-evaluación suelen utilizarse como método de screening, tanto en población general como clínica. La mayoría de ellas son, por tanto, escasamente fiables para el diagnóstico clínico de la depresión.

Tabla- 5. Características e la entrevistas clínicas utilizadas

	DICA	DISC	CAS	K-SADS	CAPA
Autor	Reich y cols, (1990)	NIMH (1996)	Hodges (1990)	Ambrosini (1988)	Angold y cols (1993)
Sist. Diagnóstico	DSM-III-R	DSM-IV	DSM-III-R	DSM-III-R	DSM-III-R y CIE-10
Organización	Diagnóstico Estructurado	Diagnóstico Estructurado	Áreas funcionales Semiestructurado	Síntoma/diagnóstico o Semiestructurado	Diagnóstico Semiestructurado
Formato	6-17	9-17	7-17	6-18	8-18
Edad	Presente y pasado	Presente (6 meses) y 1 año	Presente	Presente / pasado (E) y Presente (P)	Presente (Tres meses)
Periodo valorado					
Formas	DICA-C: 6-12 años DICA-A: 13-17 DICA-P: Padres	DISC-C DISC-P	CAS P-CAS	K-SADS-P	CAPA- Children
Aplicación	Entrevistadores distintos Legos	Entrevistadores distintos	Entrevistadores distintos Clínicos	K-SADS-E (Epidemiología) El mismo entrevistador	CAPA-Parent
Entrevistadores	SI/NO/A VECES/ Casi nunca	Legos	SI/NO/Ambiguo	Escala de severidad	Clínicos
Valoración	NO SI	SI/NO/A VECES	NO SI	SI	Intensidad/FREC./duración
Gravedad	Clínica/Epidemiología	NO	Clínica/Epidemiología	NO	SI
Informatización	Inter. Intra-entrevistadores /acuerdo informadores	SI	Entre entrevistadores / Acuerdo informadores / Consistencia interna	Clínica Acuerdo entrevistadores / informadores / test-retest / consistencia interna	SI
Uso		Epidemiología			Clínica/Epidemiología
Fiabilidad		Entre-entrevistadores /acuerdo informadores / Test –retest			Test – retest (CAPA-C)
Validez	De constructo / de criterio	De constructo / de criterio	De constructo / de criterio	De constructo de criterio	

Fuente: Ezpeleta (1998). Pag: 26.

1.1.9.1. Entrevistas clínicas.

Las más importantes son el Diagnostic Interview for Childrens and Adolescents – Revised (DICA-R) (Reich y cols, 1991), el Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC) (NIMH, 1996), el Chile Assessment Schedule (CAS) (Hodges, 1990), el Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (K-SADS) (Ambrossini, 1998) y el Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA) (Angol y cols, 1993).

Los estudios realizados con estos instrumentos han demostrado que (Ezpeleta, 1997):

- a) El acuerdo interjueces es alto, aunque varía en función de si la entrevista se realiza en población clínica (más alto) o en población general (más bajo).
- b) Desacuerdo importante entre la información dada por los padres y los niños y adolescentes.
- c) Los padres son informadores más estables en el tiempo.
- d) La fiabilidad del instrumento es menor cuanto más precisa es la información que recoge.
- e) La concordancia entre el diagnóstico emitido por los clínicos y el que resulta a través de la entrevista es bastante pobre.

1.1.9.2. Instrumentos de autoevaluación.

Son bastante numerosos los cuestionarios de autoevaluación aplicados en la infancia y la adolescencia, aunque la mayoría de ellos están escasamente validados. Citaremos aquellos que más se han utilizado en nuestro país.

a) *El Children Depresión Inventory (CDI).*

Fue elaborado por Kovacs en 1983 y, probablemente, sea el más utilizado en la población infanto-juvenil. Por sus contenidos, se trata de una adaptación a la infancia del Beck Depresión Inventory (Beck, 1967). Consta de 27 items tipo Liker, es decir, con elección múltiple de respuesta y evalúa los síntomas durante las dos últimas semanas. Mide una amplia gama de síntomas del espectro depresivo como son las alteraciones del humor, alteraciones neurovegetativas, consecuencias individuales y sociales de las alteraciones del estado de ánimo, anhedonia y calidad e interferencia de las relaciones interpersonales.

Las propiedades psicométricas de la escala son las siguientes (Doménech y Polaino, 1990):

- Presenta un Coeficiente de Consistencia Interna (alfa) en población general de 0,75, elevándose en muestras clínicas al 0,90.
- Presenta una correlación con la entrevista clínica CDRS-R del 0,58 ($p < .001$).
- Diferencia claramente a los niños deprimidos clínicamente de los no deprimidos.

b) *Center for Epidemiological Studies Depresión Scale (CES-D).*

Este instrumento de autoevaluación ha demostrado unas buenas propiedades psicométricas en los adolescentes (Faulstich y cols, 1986; Roberts y cols, 1991) proponiéndose una puntuación igual o superior a 16 puntos como corte para detectar casos clínicos (Robert, 1990). La consistencia interna, Alfa de Cronbach, del cuestionario es de 0.84 para los adolescentes masculinos y del 0.88 para las mujeres (Steinhausen y Winkler, 2000). Se trata de una escala cada vez más usada en la clínica infanto-juvenil.

c) *Beck Depresión Inventory (BDI).*

Es el instrumento de auto-evaluación utilizado en este trabajo. Su descripción técnica la realizamos en el apartado de material y métodos. A continuación expondremos sus características de validez y fiabilidad.

Varios son los trabajos que la han utilizado en adolescentes en tratamiento. Así tenemos que Ambrosini y cols (1991) evaluaron la sensibilidad y especificidad del cuestionario en 122 adolescentes con edades comprendidas entre 12 y 19 años con diagnóstico clínico de depresión en primera consulta y dos semanas posteriores a la primera evaluación. El punto de corte utilizado para el diagnóstico fue una puntuación mayor de 13 puntos. En esta situación, y en la primera valoración, fue una sensibilidad del 86%, una especificidad del 82% y un valor predictivo positivo del 83%. Estas puntuaciones se elevaron considerablemente en la segunda valoración: sensibilidad del 89%, especificidad del 88% y un valor predictivo del 93%.

Carter y Dacey (1996) realizaron una validez concurrente entre la subescala de depresión del MMPI, el BDI y Índice de Depresión del Rorschach. Utilizaron dos grupos de adolescentes: 66 con el diagnóstico de depresión mayor y 52 controles sanos. Los resultados fueron una buena validez

concurrente entre el BDI y la Escala de Depresión del MMPI. Aunque, también se encontró una buena validez concurrente con el Índice de Depresión del Rorschach, aunque ésta fue menor. Otro aspecto importante para los autores fue que el parámetro que mejor detecta la semiología depresiva es la subescala del MMPI.

La que adquiere una cierta importancia por su valor intercultural es la investigación de Abdel-Khalek (1998) realizada en una muestra clínica de adolescentes kuwaitíes. Estudian la validez concurrente entre el BDI y la Arabic Children's Depression Inventory en 109 adolescentes de 14 – 18 años. El Coeficiente de Correlación entre ambas escalas fue de 0.57 en hombres, 0.83 en mujeres y .75 en ambos sexos. A destacar el buen poder discriminativo de ambos instrumentos.

En cuanto a investigaciones en población de adolescentes no clínicas queremos destacar cinco de ellas. La cuatro primeras (Byrne y cols, 1993; Byrne y cols, 1995; Byrne y cols, 1996; Byrne y cols, 1998) están dirigidas a la factorialización de la escala en adolescentes de diferentes países y, la quinta (Canals y cols, 2001), se ha realizado en nuestro país. El primer trabajo de Byrne y cols (1993) se realizó en una muestra de 685 adolescentes canadienses con edades comprendidas entre 12 y 18 años (351 hombres y 334 mujeres). Se detectaron tres factores: Factor I: Actitudes negativas, Factor II: Dificultades en el rendimiento y Factor III: Síntomas psicósomáticos. Esta factorialización se volvió a confirmar posteriormente en otra muestra canadiense (Byrne y cols, 1996), así como en adolescentes búlgaros (Byrne y cols, 1998) y suizos (Byrne y cols, 1995).

Un comentario aparte, por la relevancia en este estudio, merece el trabajo de validación de Canals y cols (2001) en población adolescente de Cataluña. La muestra en estudio fue de 304 adolescentes de 17-18 años. Se puso de manifiesto una mayor puntuación en mujeres que en hombres (diferencia significativa estadísticamente), el ítem que mejor predice la puntuación total es el que hace referencia al pesimismo (ítem 2º) y las puntuaciones de corte que mejor predice un trastorno depresivo fueron de 16 puntos para la depresión mayor y 10 para la distimia.

1.2. DEPRESIÓN Y AUTOCONCEPTO.

1.2.1. Definición del autoconcepto.

Tal vez la primera definición científica del autoconcepto se deba a Cooley (1909) cuando afirma que sería un “selfespejo” que se interpreta como un autorreflejo o autoimagen a través de la interpretación que el individuo cree que los demás realizan de nosotros. Otro aspecto funcional, tal como afirma Mead (1934), sería la capacidad que el individuo tiene de ponerse en la situación del otro para valorarse a sí mismo: Nos evaluamos, sobre todo, a partir de las creencias que tenemos acerca de lo que los demás opinan de nosotros mismos. Por tanto, en la base del autoconcepto se encuentra la interacción social.

Existen algunos problemas, aún no resueltos, a la hora de estudiar el autoconcepto (Byrne, 1996):

- a) No existe una aceptación suficientemente generalizada sobre su definición conceptual ni sobre las distintas dimensiones que lo constituyen.
- b) En la literatura suelen utilizarse términos sinónimos que no necesariamente significan lo mismo: autoestima, autoimagen, autopercepción, autoconciencia etc. En este sentido, muy importante en nuestro trabajo, existe una gran confusión sobre el autoconcepto académico. De hecho, existe dos formas de investigarlo (Stein, 1993): Aquel que enfatiza los aspectos puramente descriptivos (“me gustan las materias escolares”) y otro evaluativo (“suelo hacer bien las tareas escolares”), conceptos que miden situaciones bien diferentes.
- c) En los ambientes psicológico y educativo se emplean con frecuencia e indistintamente autoconcepto y autoeficacia. Sin embargo, se trata de conceptos que deben ser aclarados. Para Bandura (1986) ambos indican aspectos diferentes y no deberían utilizarse como sinónimos: Autoeficacia representa la valoración que el individuo realiza sobre sus capacidades para organizar o ejecutar determinadas conductas hacia la consecución de un objetivo. Se edifica sobre la base de personal de logros anteriores, sobre la biografía del sujeto en su interacción con el medio, conjuntamente con factores de tipo conductual (Norwich, 1987). El autococepto, sin embargo, incorpora sentimientos de autovalía

asociados a la competencia percibida (Stein, 1993), manteniéndose más independiente del contexto (Pajares y Millar, 1994). Aún hoy es un debate abierto.

d) Autoconcepto versus autoestima.

Puede que sea la precisión conceptual de ambos términos la que más se debate. La tendencia mayoritaria es que son conceptualmente diferentes (Hatti, 1992). El autoconcepto implicaría aspectos cognitivos, afectivos y conductuales, en tanto que la autoestima conlleva un componente más autoevaluativo y se integra en el primero (Blascowich y Tomaka, 1991). Como escribe Herrero y Musitu (1996) el autoconcepto hace referencia a la imagen que el individuo tiene sobre sí mismo – una imagen que impregna su funcionamiento individual y su comportamiento social – mientras que la autoestima expresa la evaluación que el individuo hace de esa imagen. Lila (1991) concluye que el autoconcepto se va formando sobre la base de las evaluaciones que el sujeto realiza sobre sí mismo y su comportamiento ante las personas con las que se relaciona.

1.2.2. Consideraciones teóricas.

Básicamente existen dos planteamientos: el unidimensional y el multidimensional (Byrne, 1996). Hoy todos los investigadores se muestran de acuerdo en considerarlo como un constructo multidimensional (Marsh y Shavelson, 1985; Díaz y Blanco, 1984). Estos mismos investigadores afirman que no podría ser adecuadamente comprendido, ni sus relaciones con otros constructos clarificados, si se ignora su multidimensionalidad.

Como se verá en el próximo apartado, el desarrollo de cuestionarios, y su posterior análisis estadístico, apoyan la posición multidimensional. En la Figura – 4 exponemos la estructura multidimensional del Cuestionario AFA-A de Musitu y cols (1995), utilizado como instrumento de medida del autoconcepto en esta investigación y cuyos antecedentes epistemológicos se encuentran en los trabajos de Shavelson (1976) y Byrne (1986).

1.2.2.1. Autoconcepto y familia.

La mayoría de las investigaciones sobre el autoconcepto en la infancia y la adolescencia en su relación con el medio familiar se centran básicamente en la búsqueda de patrones educativos intrafamiliares que lo expliquen y justifiquen. En este sentido, es Albistur (1986) uno de los investigadores que mejor ha conseguido delimitar las distintas tipologías.

Nos habla de dos dimensiones:

- Afecto – hostilidad y
- Restrictividad – permisividad.

Combina estas cuatro variables para explicar una tipología de padres que pueda ser estudiada en cuanto a sus repercusiones sobre la génesis del autoconcepto en los hijos. A saber:

- a) Ante padres afectivos y permisivos, suelen encontrarse hijos seguros de sí mismos, activos, extrovertidos, afectivos e independientes. Daría lugar a un autoconcepto elevado.
- b) Ante padres afectivos y permisivos, suelen encontrarse hijos seguros de sí mismos, activos, extrovertidos, afectivos e independientes. Daría lugar a un autoconcepto elevado.
- c) Los padres afectuosos y restrictivos, tendrían hijos independientes, poco cordiales, sumisos, conformistas, carentes de agresividad y poco creativos.
- d) Padres hostiles y restrictivos, debido a la interiorización de la hostilidad en los hijos, suelen tender al autocastigo, son tímidos y retraídos en las relaciones con sus compañeros.
- e) Los padres hostiles y permisivos, suelen tener hijos agresivos. No hay interiorización de la agresividad.

Estos planteamientos han sido ampliamente investigados, coincidiendo la mayoría de los autores en que el estilo parental más apropiado para el desarrollo filial de un buen autoconcepto sería el estilo afectivo y facilitador (Bayer, 1986), apoyativo y no restrictivo (Gutiérrez, 1989). La adolescencia se

resolvería con mayor o menor éxito dependiendo del tipo de relaciones educativas que se hayan y se mantengan hasta el momento de la evaluación en el ámbito familiar.

El autoconcepto del adolescente está estrechamente relacionado con el desarrollo de su propia autonomía y condicionado por las relaciones padres—adolescente mantenidas durante el desarrollo infantil y actual. De otra parte, numerosas investigaciones relacionan la autoestima /autoconcepto en los padres y las relaciones parento-filiales. Así, Stinnet y Walter (1977) encuentran que una alta autoestima en los padres está asociada con una buena satisfacción marital y con una mejor comunicación intrafamiliar (Satir, 1972)), mejor respuesta a las demandas de los hijos (Walter y Walter, 1878) y mejor autoconcepto en los hijos (Maccoby, 1980). Por el contrario, la baja autoestima en los padres da lugar al maltrato y mayor control coercitivo (Kempe Kempe, 1981), sobretodo, en las madres (Small, 1988). En definitiva, un bajo autoconcepto en los padres está asociado con una educación más restrictiva e intransigente.

Orr y Dinur (1995) evalúan el autoconcepto en una muestra de 569 adolescentes en función del estatus socioeconómico percibido de los padres y del estatus socioeconómico real. Según estos investigadores, el estatus socioeconómico real afecta al autoconcepto en el dominio de la competencia social y rendimiento académico de los hijos, mientras que el estatus socioeconómico percibido afecta al autoconcepto social solamente, aunque esta situación se daba solamente entre los adolescentes del ámbito rural y no en el urbano.

Sing y Lai-Kuen (2000) estudian a través del FES (Family Environment Scale) en 2706 adolescentes la asociación entre el autoconcepto y tres características del ambiente familiar: relación entre sus miembros, crecimiento personal y cohesión del sistema familiar. Encontraron una asociación positiva entre las puntuaciones de estas tres dimensiones y el autoconcepto, sobre todo, en la calidad de la relación entre sus miembros y el crecimiento personal.

Finalmente, Schmit y Padilla (2002) demuestra en su estudio como el grado de implicación de los padres en la educación de sus hijos favorece el desarrollo positivo del autoconcepto de éstos. De hecho, evidencian una asociación positiva entre ambos aspectos, así como con variables como género (menor puntuación en mujeres), raza (mayor puntuación en blancos), y el nivel educativo de los padres. Éste último favorece un mejor autoconcepto y un mejor rendimiento académico. Sin embargo, Griffith y cols (2003), concluyen que la estabilidad emocional de los adolescentes depende de la calidad de la relación entre padres y adolescentes, aunque para los adolescentes del género masculino, sin que tenga un peso determinante en las mujeres, incluso para ambos sexos lo más influyente es la calidad en la relación interpersonal con iguales. A su vez, el autoconcepto dependerá de la estabilidad emocional.

1.2.3. Evaluación del autoconcepto.

La exploración del autoconcepto se puede realizar desde dos puntos de vista, fundamentalmente: desde una metodología autodescriptiva en donde el adolescente de forma libre realiza una descripción sobre sí mismo, y el método de entrevista-cuestionario, por un lado, y los test proyectivos, por otro (Del Toro, 1987). Este autor denomina a las primeras como técnicas de exploración del autoconcepto fenomenológico y, a las segundas, cuando son test proyectivos, como autoconcepto psicodinámico.

1.2.3.1. Técnicas de exploración del autoconcepto fenomenológico.

- a) Autoconcepto general.
 - Técnica Q. Cuestionario de 200 ítems (Stephenson, 1953).
 - Técnica de Diferencial Temático. Contiene veinte pares de escalas (Osgood y cols. 1957)
 - Autoconcepto AFA-A. Utilizado en este trabajo y ampliamente descrito en el apartado de Material y Métodos (Musitu y cols, 1995).
- b) Evaluación de la autoestima.
 - Inventario de Autoestima (Coopersmith, 1959 y 1967).
 - Escala de Autoestima. Escala tipo Liker con cuatro niveles de respuesta (Rosenberg, 1973).
- c) Evaluación del autoconcepto social.
 - Tareas de orientación sí-otro (Ziller, 1973).

1.2.3.2. Técnicas sobre el autoconcepto dinámico.

- a) Técnicas de asociación de palabras.
 - Test de asociación libre de palabras (Jung, 1918).
 - Test de frases incompletas (Payne, 1928).
- b) Técnicas de estimulación visual.
 - Test de Rorschach (Rorschach, 1964).
 - Test de Apercepción Temática (Morgan y Murray, 1951).

1.2.4. Autoconcepto y síntomas depresivos en adolescentes.

A pesar de la rotundidad con la que algunos autores afirman que hay que diferenciar claramente el autoconcepto de la autoestima, las búsquedas bibliográficas son un fiel reflejo de la gran confusión existente en la actualidad. Herrero y cols (1995) afirman en su trabajo sobre "Salud y Comunidad" (pag. 39) que a diferencia del autoconcepto, la autoestima ha mostrado consistentes relaciones con el estado de salud-enfermedad de los individuos. Sin embargo, afirmación tan rotunda, aunque apoyada en los trabajos previos de Dhrenwend y Dohrenwend (1981) y de Newcomb (1992), no puede mantenerse como se verá en la siguiente revisión, aunque nos limitaremos al ámbito de la semiología depresiva.

Existe una amplia bibliografía que sostiene lo contrario. A saber, la asociación entre una percepción y evaluación negativas de sí mismo y la presencia de semiología depresiva en la adolescencia es un hecho contrastado (Harter, 1990; Rosenberg, 1986; Ryan y cols, 1987). Más recientemente, King y cols (1996), encuentran en una muestra de 224 adolescentes japoneses (113 hombres y 111 mujeres) como los síntomas depresivos correlacionan negativamente con factores del autoconcepto como la competencia académica, la aceptación social y la atracción física. El autoconcepto fue evaluado con la Self Perception Profile for Children y la semiología depresiva con la Reynolds Adolescent Depresión Scale. Igualmente, encontraron diferencias importantes entre ambos sexos (menor autoconcepto y mayor puntuación depresiva en las mujeres).

Se ha insistido bastante sobre este aspecto diferencial. Schludermann y Schludermann (1986) lo justifican con el argumento de que el autoconcepto en las mujeres está bastante más idealizado, mientras que para Block y Robins (1993) se debería a que el incremento del autoconcepto en los hombres se va incrementado más rápidamente con el desarrollo que en las mujeres. De hecho, Bybec y Zigler (1991) ya pusieron en evidencia que el malestar psicológico correlacionaría con el autoconcepto idealizado que con el real. Esto podría explicar que la inadaptación social y el mayor malestar psicológico se manifiesten con mayor intensidad en las mujeres que en los hombres.

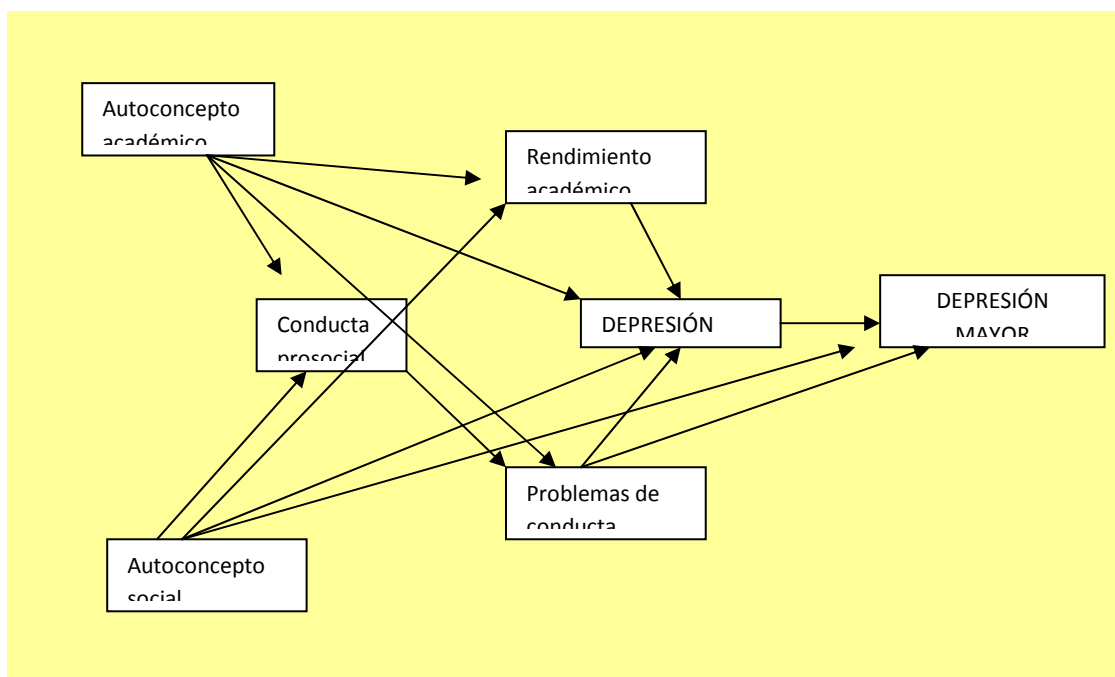
deprimidos. Sin embargo, algunos investigadores se preguntan si estas puntuaciones diferenciales entre adolescentes están o no sesgadas por la intensidad de la semiología depresiva. Gladstone y Koenig (1994) y Moreover y cols (1991) encontraron, efectivamente, que las mujeres adolescentes se muestran más deprimidas que los hombres, así como que las puntuaciones en los cuestionarios de depresión correlacionaban positivamente con altos índices del denominado autoconcepto ideal. Más recientemente, Rosenfield y cols (2000), defiende que, por el contrario, las diferencias se deben a aspectos cualitativos diferenciales del autoconcepto: los límites entre el sujeto y los otros difieren entre ambos sexos. Sería esta vivencia diferencial con respecto a los otros lo que explicaría, igualmente, la mayor prevalencia de trastornos internalizantes en las mujeres que en los hombres. En esta misma posición se encuentran DuBois (1988) y Van der Lippe (2000).

Roberts y Gamble (2001) investigaron si la presencia en el pasado de un trastorno depresivo podían influir en el autoconcepto de los adolescentes una vez remitido el cuadro clínico. Para ello se diseñó un estudio que valoró el autoconcepto durante el cuadro clínico y después de que este remitiera. Encontraron que cuanto más severo fue el trastorno depresivo más negativamente afectó al autoconcepto. En esta misma línea, Coronen y cols (2001) compararon las puntuaciones en autoconcepto en un grupo de adolescentes diagnosticados de depresión frente a otro grupo con diferentes diagnósticos psiquiátricos. Los resultados fueron que los adolescentes con el diagnóstico de depresión presentaban menor autoconcepto social y que las mujeres presentaron puntuaciones mayores en la escala de depresión y menor autoconcepto que los hombres. Efectivamente, se ha visto que no solo la semiología depresiva,

sino, igualmente, los trastornos de ansiedad, pueden afectar al autoconcepto en diversas de sus dimensiones: general, escolar, familiar y social (Dehua, 2002) y escolar (Masi y cols (2001).

La figura – 4 muestra claramente el modo lineal en que algunos autores se posicionan respecto al peso del autoconcepto y depresión en la adolescencia: aquellos como Bandura (1999), defensores de que este actuaría como un factor de vulnerabilidad, sobretudo el autoconcepto académico y el social frente a los que consideran que es la semiología depresiva la que afecta al autoconcepto (Corhonen y cols, 2001).

Figura – 4. Estructura de la influencia del autoconcepto sobre la semiología depresiva.



En conclusión, podríamos afirmar que el autoconcepto se va edificando a lo largo del desarrollo, tanto en las relaciones que se establecen en el ámbito familiar, como con los iguales. Que existen una gran variedad de instrumentos y procedimientos para evaluar el autoconcepto sin que aún esté suficientemente claro qué es exactamente lo que se entiende por el mismo, ni las diferencias entre los distintos sinónimos que aparecen en la literatura especializada. Tampoco se han aclarado suficientemente los elementos que intervienen y que expliquen las menores puntuaciones en autoconcepto de las mujeres con respecto a los hombres y tampoco respecto al mayor repertorio de síntomas depresivos.

1.3. SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y ACOTENCIENTOS VITALES.

Los acontecimientos vitales se definen como aquellas situaciones que generan un cierto grado de estrés y, por tanto, exigen del individuo un proceso adaptativo (Mardomingo y cols, 1993). La mayoría de los investigadores los clasifican en deseables e indeseables, controlables o incontrolables, o según su naturaleza, en familiares, de pérdida, escolares, sociales etc. Existen grandes dificultades metodológicas para poder establecer una relación de causalidad entre la presentación del acontecimiento vital y la aparición de un problema de salud. También existen dificultades para definir como traumático un determinado acontecimiento y su nivel de impacto sobre un sujeto determinado (Gurpegui y cols, 1982). Estos mismos autores, citando a Doherenwend y Doherenwend (Gurpegui y cols, 1982) manifiestan que los problemas metodológicos que minimizarían los sesgos de una investigación de este tipo son a) una buena delimitación de los sujetos en estudio, b) medidas idóneas de las magnitudes de los acontecimientos vitales y c) un diseños de investigación adecuado.

1.3.1. Mediadores personales, síntomas depresivos y acontecimientos vitales.

Por tanto, es sumamente importante conocer cuales son los mecanismos psicológicos que utiliza cada individuo para hacer frente a los acontecimientos vitales, así como la eficacia de éstos para que den lugar a un buen proceso adaptativo.

Uno de los aspectos de procesamiento cognitivo que más se ha investigado es el estilo atribucional. Consiste básicamente en las diferentes atribuciones que realiza el sujeto acerca del acontecimiento: es o no controlable, es interno o externo, etc. Hammen y cols (1988), Hammen y cols (1990) y Benfield y cols (1988) no encuentran relación entre el estilo atribucional y los síntomas depresivos. Bennett y Bates (1995) investigan en 55 niños (rango de edad entre 11 y 13 años) la asociación entre el estilo atribucional, los acontecimientos vitales y el apoyo social. No encontraron relación entre el estilo atribucional y la semiología depresiva, contrariamente a lo que sucedió con el apoyo social y los acontecimientos vitales.

Las habilidades en resolución de problemas parecen que actúan moderando la repercusión negativa de los acontecimientos vitales en la presentación de síntomas depresivos en adolescentes (Frye y Goodman, 2000), tal como posteriormente nos demuestran Spence y cols (2002), que no encuentran relación entre el estilo atribucional y la semiología depresiva en adolescentes, aunque sí entre las habilidades sociales, la semiología depresiva y los acontecimientos vitales.

Las habilidades de afrontamiento como mecanismo mediador entre semiología depresiva y acontecimientos vitales parece ser que protegen al adolescente ante el estrés producido por los acontecimientos y, consiguientemente, frente a la depresión. La estrategia que más resultado parece dar es la distracción Dise-Lewis (1988) En esta línea se manifiestan Herman-Stahl y Meterse (1999), aunque afirman que presenta igual peso en el manejo del estrés producido por los acontecimientos vitales, aspectos como la calidad de las relaciones y el control emocional. Las habilidades de afrontamiento se contemplan, igualmente, en el denominado modelo ecológico de la depresión, según el cual sería el conjunto de estas habilidades en interacción con la estructura familiar y el rendimiento académico los que estarían en la base de la semiología depresiva del adolescente (Del Barrio y cols, 1997). Anteriormente, Martin y cols (1995) introdujeron como variables mediadoras las actitudes disfuncionales conjuntamente con las de afrontamiento. Podría encuadrarse en este mismo modelo a Rudolph y cols (2000) los planteamientos teóricos que ellos denominan Modelo Interpersonal del estrés vital. Afirman que para entender las diferencias de los individuos en sus respuestas al estrés de los acontecimientos vitales deben ser tenidas en cuenta el rol de las transacciones entre el niño y su medio, las especificidades del estrés en las relaciones psicopatológicas y, finalmente, las dimensiones del estrés crónico y agudo. En este aspecto del estrés crónico y/o agudo como mecanismo favorecedor de la vulnerabilidad, han insistido investigadores como Forehand y cols (1998).

Finalmente, Chang (2001) considera más importantes en la relación semiología depresiva y acontecimientos vitales, mediadores como la autoestima y el autoconcepto: los acontecimientos vitales predicen bastante bien el humor depresivo aunque controlado por "las influencias de claridad del autoconcepto y la autoestima".

1.3.2. Los acontecimientos vitales en la semiología depresiva respecto a otros trastornos psiquiátricos infanto-juveniles.

Los estresores han sido investigados en una amplia gama de trastornos psiquiátricos encontrándose en la mayoría de ellos una fuerte asociación. Mardomingo y Gil Flores (1992) estudiaron los acontecimientos vitales en cincuenta niños que consultaron en su servicio respecto a otros cincuenta controles sanos, controlando por edad, sexo y clase social. Los resultados fueron que los niños con trastornos psiquiátricos presentan mayor número de acontecimientos vitales que los controles, aunque sin diferencias en cuanto al valor medio, lo que sugería que los niños con trastornos psiquiátricos estaban sometidos a mayor estrés. No se evidenciaron diferencias en el número de acontecimientos vitales y el sexo, aunque si eran más numerosos en la adolescencia con respecto a edades inferiores.

Posteriormente, Mardomingo y cols (1993), investigan los acontecimientos vitales en 112 niños divididos en tres grupos: con trastornos paidopsiquiátricos (39 pacientes), con intentos de suicidio (28 pacientes) y controles (45 sujetos). Concluyen que a) los niños y adolescentes con intentos de suicidio no presentaban un mayor número de acontecimientos vitales ni más estresantes que los pacientes con otros trastornos paidopsiquiátricos; b) Los sujetos con intentos de suicidio presentaban mayor número de acontecimientos vitales y más estresantes que los controles; c) No encontraron ningún tipo ni categoría que diferenciara a los sujetos con intento de suicidio con otros pacientes psiquiátricos; d) Los acontecimientos vitales familiares y escolares son significativamente más frecuentes en los pacientes con intento de suicidio que en los controles. Fernández Rivas y cols (1992) coinciden con los resultados anteriores en su estudio con adolescentes (15-18 años) que hicieron alguna tentativa de suicidio.

Existen trabajos sobre comorbilidad y acontecimientos vitales en donde se comparan específicamente la semiología depresiva con respecto a otros trastornos psiquiátricos en adolescentes. Adams y Adams (1996) estudian el peso de los acontecimientos vitales entre adolescentes deprimidos y con ideación suicida frente a otros trastornos psiquiátricos y controles sanos. Concluyen que los adolescentes deprimidos muestran un efecto negativo mayor frente a los acontecimientos vitales que los otros dos grupos. Hoffmann y Su (1998) encontraron en su investigación que las adolescentes deprimidas mostraron más acontecimientos vitales, mayor consumo de drogas y menor autoestima que los adolescentes hombres. Tiet y cols (2001) en un estudio de población general sobre una muestra de 1.285 niños y adolescentes de entre 9 y 17 en la que evaluaron los acontecimientos vitales, otros trastornos psiquiátricos mediante la Diagnostic Interview Schedule for Children, el trastorno de conducta desafiante y la depresión mayor y distimia, encontraron una mayor asociación con los trastornos del humor y en donde menos se presentó esta asociación fue en el trastorno por déficit atencional con hiperactividad y los trastornos de ansiedad.

1.3.3. Síntomas depresivos, acontecimientos vitales y género.

En el estudio anteriormente citado de Mardomingo y Gil Flores (1992) se afirmaban que estos investigadores no encontraron diferencias entre ambos sexos y los acontecimientos vitales, posiblemente a la heterogeneidad diagnóstica de la muestra y la edad estudiada, ya que la mayoría de las investigaciones posteriores inciden en lo contrario. Ge y cols (1994) realizaron un estudio longitudinal de niños y niñas hasta la adolescencia. Observaron que la trayectoria de la semiología depresiva cambiaba con el desarrollo produciéndose una clara preponderancia en la niñas alrededor de los trece años. La sensación de incontrolabilidad de los acontecimientos vitales producía mayor depresión en la niñas, el número de ellos se incrementaba con la edad tanto en niñas como en niños y que las niñas con menor soporte materno eran las más afectadas.

Se ha intentado relacionar este incremento diferencial de la semiología depresiva entre sexos con aspectos de tipo genético. Así, Silverg y cols (1999) estudiaron la posible asociación entre factores genéticos y semiología depresiva controlando por acontecimientos vitales. Para ello estudiaron los gemelos pertenecientes al "Virginia Twin Study of Adolescent Behavioral Development. Encontraron una fuerte asociación entre acontecimientos vitales y depresión, tanto en hombres como en mujeres, aunque fueron mayor en mujeres a partir de la pubertad.

Finalmente, Marcotte y cols (2002) al confirmar en su estudio sobre una muestra de 547 adolescentes de entre 11 y 18 años que durante la adolescencia existen diferencias entre mujeres y hombres, en cuanto a una mayor semiología depresiva, menor autoestima, un mayor número de acontecimientos vitales y peor imagen corporal en mujeres durante la pubertad y la adolescencia.

1.3.4. Síntomas depresivos y acontecimientos vitales por categorías.

Se ha escrito bastante acerca de la influencia que los diferentes estresores sociales ejercen sobre la semiología depresiva del adolescente (Daniels y Moos, 1990), según se presenten en el ámbito familiar, la escuela, los amigos o las primeras relaciones amorosas y/o sexuales. De aquí que se tienda a subdividirlos en categorías. Nosotros, tanto para organizar los resultados de la búsqueda bibliográfica, como porque así los hemos esquematizado en nuestra investigación, seguimos la clasificación de Mardomingo y cols (1993) a la que hemos añadido la categoría de acontecimientos sociales.

Sandler y cols (1990) investigaron los acontecimientos vitales que significaban separación (muerte de algún miembro familiar o divorcio de los padres) y su relación con la semiología depresiva de los adolescentes. En su trabajo, solo mostró una alta asociación la muerte de algún miembro familiar. Igualmente significativa se ha mostrado la presencia de trastornos afectivos y psiquiátricos en los padres y un mayor número de síntomas depresivos en los hijos (Goodyer y cols, 1993; Hoffman y cols, 2003).

Más amplia es la investigación de Meyers y cols (1993). Estudian una muestra de 454 adolescentes de 11-16 años la sintomatología depresiva y su posible asociación con 21 acontecimientos vitales. Éstos hacían referencia a divorcio/separación de los padres, paro laboral, problemas con los padres, problemas con otros adolescentes, , fracaso escolar y muerte de algún amigo. Tras un análisis multivariante concluye que es muy difícil establecer una asociación específica con alguno de ellos y la presencia de síntomas depresivos. Por el contrario, Cheung (1995) encontró una fuerte asociación, sobre una muestra de 3.582 adolescentes, entre la calidad de pertenencia al grupo de iguales y el rendimiento académico. En esta misma posición se encuentran Puskar y cols (1999) al encontrar la misma asociación entre síntomas depresivos y sexo (mayor en mujeres), la muerte de un familiar y/o la pérdida de un amigo íntimo.

Más recientemente, Csorba y cols (2001) comparan los acontecimientos vitales en 215 adolescentes con depresión frente a 311 controles sanos. Se investigaron 68 acontecimientos vitales, tanto pasados (anteriores a un año) y presentes (durante el último año). Entre los pasados que se asociaban fuertemente a depresión, estaban los problemas económicos familiares, y los problemas mentales en la familia. En cuanto a los actuales, destacaban el cambio de colegio y enfermedad en el adolescente. La separación y/ o divorcio es confirmada también por Burns (2002).

Para concluir, presentamos el trabajo de Pine y cols (2002) ya que plantea la necesidad de investigar las repercusiones que en la vida adulta tendrá los acontecimientos vitales experimentados en la infancia y/o adolescencia. Para estos investigadores, parece que son más determinantes los que se dan en la adolescencia.

1.4. SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL.

Existen en la literatura numerosos planteamientos respecto al estudio del consumo de drogas en la adolescencia: tipo de drogas, factores psicosociales asociados, variables sociodemográficas, género, psicopatología, riesgos-edad dependientes, influencias familiares y escolares, relación con iguales etc.. (Berma, 1993; Díez Pons y Peirats, 1996; Alonso Sanz y del Barrio, 1996; Muñoz Rivas y Grana-Gómez, 2001). Nosotros nos limitaremos a revisar el consumo de dos sustancias muy extendidas entre adolescentes, como son el tabaco y el alcohol, y su asociación con la semiología depresiva. Es una constante en la literatura la asociación positiva entre el consumo de drogas y la presencia de psicopatología, sobre todo, la semiología depresiva, siendo más importantes en el sexo femenino (Coelho y cols, 2000; Ducker y cols, 2002), mostrándose el medio familiar como uno de los factores de riesgo o de protección más determinantes (Muñoz-Rivas y Grana-Gómez, 2001), especialmente la ausencia de normas familiares, el consumo intrafamiliar y los conflictos en las relaciones parento-filiales son los factores de riesgo más importantes..

1.4.1. Consumo de tabaco y síntomas depresivos.

Su estudio se ha abordado desde diferentes perspectivas. Koval y cols (2000) establecen un modelo que investiga la posible asociación entre los síntomas depresivos, el estrés y el ambiente familiar de consumo. Utilizan una muestra de 1.543 adolescentes, encontrando una serie variables que explicarían el consumo de tabaco entre los adolescentes: las habilidades de afrontamiento, la autoestima, el soporte social, la rebeldía, la conformidad social y las actitudes hacia el consumo de tabaco en el medio familiar. Las mujeres fumadoras son más rebeldes e influenciadas por variables ambientales. No existen diferencias en síntomas depresivos.

La variable “rebeldía” y su relación con el consumo ha sido investigada, igualmente, por Albers y Biener (2002) en una muestra de 522 adolescentes de edades comprendidas entre 12 y 15 años seguidos durante cuatro años. En este seguimiento participaron los sujetos que en basal fueron diagnosticados como levemente deprimidos. La hipótesis de partida fue investigar si la rebeldía y el fumar influirían en el incremento de la semiología depresiva. Sus conclusiones fueron: el 20,7 % que fumaban en la evaluación basal incrementaron los síntomas depresivos frente al 9,7% entre los no fumadores. El factor rebeldía era el doble entre los sujetos que incrementaron los síntomas depresivos.

Otra investigación que estudia la relación entre el consumo de tabaco y los síntomas depresivos, aunque de forma más específica, es la realizada por Patten y cols (2001). Se basa en un estudio longitudinal con una muestra de 1.176 adolescentes de edades comprendidas entre 12 a 18 años. La evaluación basal se realizó en 1989 y la segunda en 1993. Se incluyeron en el seguimiento aquellos adolescentes que presentaban síntomas depresivos en la medida basal fueran o no fumadores. Los resultados fueron los siguientes:

- El 38,5% continuaban con síntomas depresivos persistentes.
- Se encontraron marcadas diferencias entre ambos sexos: 44,5% de las mujeres frente al 28,2% de los hombres.
- Los fumadores presentaron más síntomas depresivos. Los dividieron en tres niveles: fumadores, fumadores ocasionales y no fumadores. Entre los fumadores incrementaron los síntomas depresivos el 42,2%, entre los fumadores ocasionales el 41,4% y entre los no fumadores el 33,6%.
- El paso de no fumador a fumador durante el estudio implicaba el incremento de síntomas depresivos, mayor implicación en peleas y el descenso de la participación en actividades deportivas.

Estos resultados, en lo que se refiere a la asociación entre consumo de tabaco y síntomas depresivos, fueron confirmados por Tercyac y cols (2002).

Se ha investigado la posible relación entre la cantidad de consumo de tabaco y su posible relación positiva con la semiología depresiva. Windle y cols (2001) realizan cuatro medidas consecutivas en una muestra de 1.218 adolescentes y evalúan si el incremento de la semiología depresiva implicaba un aumento del consumo de tabaco. Concluyen que, efectivamente, el incremento de los síntomas correlaciona positivamente con el consumo de cigarrillos. Cornelius y cols (2001) establecen dos categorías de consumo: \geq a 10 cigarrillos / día o consumo inferior a esta cantidad. La evolución se realiza en una muestra de 812 adolescentes que asisten a un programa de tratamiento de alcoholismo en adolescentes. Cuando se fundieron ambos niveles de consumo, efectivamente, el consumo de tabaco correlacionaba positivamente con los síntomas depresivos, aunque esta asociación no fue significativa entre categorías. Martini y cols (2002), contrariamente a los resultados anteriores, aunque realizado su investigación sobre una muestra de 13.827 de edades comprendidas entre los 12 y 17 años y de población general, concluyen que existía una fuerte asociación en todas ellas y la presencia de síntomas depresivos. Así, la mayor asociación fue con los fumadores habituales, seguida de los fumadores ocasionales y, finalmente, los no fumadores. Esta asociación es mayor en mujeres que en hombres.

También se ha investigado la posible interrelación entre determinados acontecimientos vitales y la semiología depresiva con el hecho de fumar. Kirby (2002) seleccionó entre 3.403 adolescentes una muestra de aquellos con alto riesgo de separación o divorcio de sus padres no fumadores y sin síntomas

depresivos relevantes (etapa 1). Aproximadamente un año después volvió a valorarlos, encontrando que la separación de los padres predice un riesgo importante, tanto para el fumar como para la presencia de síntomas depresivos. Esta consecuencia es mayor en adolescentes con alto índice de rebeldía y confirmando que la relación entre el inicio de fumar y la separación de los padres es directa.

Concluimos esta revisión intentando responder a la pregunta de si la asociación entre síntomas depresivos y el consumo de tabaco es específica de esta circunstancia psicopatológica o, por el contrario, se presenta en otras situaciones psicopatológicas. Whalen y cols (2001) defienden una asociación específica entre el fumar y la depresión en adolescentes y que cuando se dan conjuntamente el hecho de fumar, depresión y conductas agresivas, comportan un riesgo elevado para el consumo de alcohol y de trastornos externalizantes en hombres y de trastornos de ansiedad y sentimiento de infelicidad en mujeres.

Sin embargo, para Upadhyaya y cols (2002) no es específica de la depresión, presentándose un mayor consumo de tabaco, tanto en esta patología como trastornos de conducta y en la dependencia de otras drogas. En la ansiedad la asociación es moderada, y el hecho de fumar sería un fuerte marcador de futuros problemas psicopatológicos recomendando programas antibaco en pacientes psicopatológicos. Estos mismos investigadores (Upadhyaya y cols, 2003) encuentra una odds ratio significativa entre el fumar y trastornos depresivos (4,02), trastornos de conducta (12,96), y consumo de cannabis (24,6).

1.4.2. Consumo de alcohol y síntomas depresivos.

Contrariamente a lo que sucede con el consumo de tabaco, son muy escasos los estudios que relacionan específicamente el consumo de alcohol y la semiología depresiva en la adolescencia. La mayoría de ellos lo estudian conjuntamente con otras variables como son la concurrencia con el consumo de otras drogas, el rendimiento académico u otros trastornos psiquiátricos. Arbinaga (2000) investiga los problemas con el juego en una muestra de niños y adolescentes de Huelva en los que mide, igualmente, la presentación de síntomas depresivos y el consumo de alcohol. Se limitan a relacionar el nivel de problemática con el juego y la presencia de semiología depresiva. Sus conclusiones son que el 11,5% presentaban problemas con el juego y de estos el 71,5% presentaban síntomas de depresión leve. El 5,4% presentaron todas las características de juego patológico de los que el 42,9 % presentaban un trastorno depresivo mayor. Boloni y Cols (2001) si encuentran una asociación directa entre el consumo de alcohol y depresión en una muestra de 102 adolescentes suizos de edades comprendidas entre 13 y 18 años.

En un estudio longitudinal con dos medidas, la basal entre 1987-1991 y la segunda en 1993-1999, sobre una muestra de 940 adolescentes y divididos en tres grupos: consumidores de alcohol, con problemas derivados del consumo y no consumidores. Se evidenció que el consumo en cualquiera de sus modalidades comportaba un riesgo importante para la presentación posterior de uso de otras drogas, la aparición de un trastorno depresivo mayor, conductas disociales y trastornos borderline de la personalidad. López Soler y Freixinos Ros (2001) encuentran en una muestra de 324 adolescentes una fuerte asociación entre el inicio de consumo de alcohol y la aparición posterior de depresión y ansiedad. En otro estudio transversal sobre una muestra de 170 adolescentes, Whalen (2001) estudian fundamentalmente la asociación entre depresión y ansiedad y el consumo de tabaco, aunque también como esta circunstancia influye en el consumo de alcohol. Encontraron que en los adolescentes que

fumaban presentaban la comorbilidad tristeza/ansiedad 26% y depresión el 12%. El consumo de alcohol era más prevalente entre los adolescentes hombres que presentaban conductas agresivas, en tanto que en las mujeres predominaba la semiología depresiva sobre el consumo de alcohol.

Existen algunos estudios longitudinales con planteamientos iniciales diferentes. Unos estudian la evolución de algunos niños y adolescentes que parten inicialmente con síntomas depresivos, respecto al consumo de alcohol y otros tóxicos, plantean la evolución entre los que previamente presentaban alguna modalidad de consumo de alcohol y la aparición de trastornos depresivos. El más representativo perteneciente al primer planteamiento se debe a Fergusson y cols (2003). La investigación se centra en una muestra de 165 (13%) individuos de un total de 1265 adolescentes (16-21 años) que presentaban síntomas depresivos. El seguimiento duró 21 años. La primera conclusión fue que la presencia de síntomas depresivos al inicio se asociaba fuertemente con los trastornos depresivos mayores y de ansiedad. Igualmente, encontraron un mayor riesgo para la presentación posterior de: como se ha dicho, depresión mayor, trastornos de ansiedad, dependencia del tabaco, abuso de bebidas alcohólicas, intentos de suicidio, fracaso escolar, paro, casamiento precoz. Kumpulainen y Roine (2002) realizan un seguimiento de tres años en una muestra de niños con 12 años que presentaban al inicio del seguimiento síntomas depresivos. Estos investigadores, por el contrario, no evidenciaron relación directa con el consumo posterior de alcohol y sí con el fracaso escolar. Cuando los niños presentaban conjuntamente una baja autoestima y fracaso escolar sí aparecía un mayor consumo de alcohol en mujeres y en los hombres problemas interpersonales.

Con una metodología diferente, Brook y cols (2002) estudiaron longitudinalmente los problemas psicopatológicos derivados del consumo de tabaco. Sobre una muestra de 736 adolescentes consumidores de tabaco, realizan evaluaciones a los 14 años (basal), a los 16, 22 y 27 años. Concluyen que el consumo de tabaco se asocia con el consumo posterior de alcohol y otras drogas, aunque no con trastornos depresivos. Sin embargo, cuando se controló por la edad de inicio del consumo de tabaco, sí se evidenció un mayor riesgo para los trastornos afectivos. De otra parte, cuando el consumo de tabaco estaba asociado al consumo de otras drogas, existía una mayor prevalencia de otros trastornos psiquiátricos.

Finalmente, deseamos exponer los resultados de otra investigación longitudinal que estudia la evolución de cuatro grupos de pacientes adolescentes y la semiología depresiva (Clark y cols, 2003). Un grupo se formó con adolescentes víctimas de abuso físico o sexual (74 sujetos), otro con el diagnóstico de abuso de alcohol (255 sujetos), consumo de alcohol conjuntamente con abuso físico o sexual (154 sujetos) y el último, formado por controles (268 sujetos). La evaluación final se realizó a los cuatro años de la basal. Las conclusiones fueron las siguientes:

- Los síntomas depresivos preceden al consumo de alcohol.
- El abuso sexual acelera la presentación del trastorno depresivo y el consumo de alcohol.
- La persistencia de los síntomas depresivos a lo largo del tiempo en el grupo de abuso sexual y/o físico.
- El consumo de alcohol inicial permanece a lo largo del tiempo.

1.5. SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y RENDIMIENTO ACADÉMICO.

1.5.1. Aspectos generales sobre el rendimiento académico.

Con objeto de entender el peso específico de la asociación entre semiología depresiva y rendimiento académico, hemos creído importante realizar una breve revisión sobre los aspectos no clínicos relacionados con el mismo que, por otra parte, ocupa la mayor parte de la bibliografía especializada.

En el rendimiento académico influyen factores individuales, institucionales y contextuales (Fraser y cols, 1987). Nosotros expondremos los factores escolares, personales y contextuales que más se ha manifestado como mediadores en el rendimiento académico y que creemos determinantes para entender de forma multidimensional el peso que la semiología depresiva pueda representar.

1.5.1.1. Respecto a los factores escolares se han manejado distintas hipótesis para explicar el rendimiento académico: la calidad de los recursos materiales, las variables referidas al proceso educativo (Averch y cols, 1972), las características y factores específicos de funcionamiento de los centros (Álvaro y cols, 1990). Suelen identificarse una serie de núcleos significativos como determinantes de la eficacia de la escuela (Castejón y Navas, 1992): la percepción física del centro por parte del alumno, las características organizativas, instrucciones y aspectos psicosociales.

1.5.1.2. Entre los factores personales, se consideran tradicionalmente, la inteligencia, el autoconcepto y la motivación.

- a) La inteligencia, aunque en la mayoría de los trabajos, se considera un buen predictor del rendimiento académico, sin embargo, presenta una gran variabilidad (Álvaro y cols, 1990), siendo la máxima varianza explicada por este factor alrededor del 35%. Coincide con este planteamiento la investigación de Martínez-Otero Pérez (1996) que encuentra una varianza del 26,6%, contrastando con los resultados posteriores de Castejón Costa y Pérez Sánchez (1998) en donde la varianza explicada por el factor inteligencia supera al 61%.
- b) El autoconcepto es uno de los factores que más se han investigado, coincidiendo todos los especialistas en este campo en su relación positiva con el rendimiento académico. Existen en nuestro país una gran variedad de trabajos que así lo confirman. Para Broc Cavero (2000), si bien existe una relación positiva entre autoconcepto - sobretodo escolar- y rendimiento académico, esta relación está mediatizada por la motivación del alumno. Para González Cabanach y cols (1999) el autoconcepto ejercería su influencia a través de las atribuciones internas positivas, en tanto que para Amescua y cols (1999), solo intervendría el autoconcepto académico, y no el general, no coincidente con los resultados previos de Castejón Costa y Pérez Sánchez (1998) para los que lo importante es el autoconcepto familiar. Un resultado interesante, en cuanto que se relaciona, igualmente, con la estabilidad de autoconcepto en el tiempo, es el obtenido por Reyes Fiz y Oyón (1998) que, al evaluar los resultados tras la aplicación de un programa de incremento de la autoestima en alumnos, si bien se demostró una relación positiva entre autoconcepto y rendimiento académico, no se produjo incremento de la autoestima, argumentando los autores que podría deberse a la confirmación de que el autoconcepto es una característica estable en los adolescentes. Por el contrario, para Núñez Pérez y cols (1998) se deberían realizar este tipo de intervenciones ya que lo mejoraría favoreciendo la utilización de estrategias de aprendizaje en el sentido de una mayor diversidad de las mismas.

- c) Para Valle Arias y cols (1999) lo más importante en el aprendizaje es el factor esfuerzo, seguido de una buena capacidad autopercebida y, en último lugar, el autoconcepto.
- d) La motivación constituye otra de las variables que se ha demostrado que posee una asociación positiva con el rendimiento académico. La correlación entre ambas variables es considerablemente diferente de un estudio a otro, oscilando entre 0,15 y 0,60 (Castejón y Navas, 1992). Entre otros aspectos la motivación se relaciona con las atribuciones y percepción que los alumnos tienen acerca del rendimiento académico (Weiner, 1996; González cabanach, 1999). Respecto a las atribuciones que hace el alumno, las internas favorecen las metas de aprendizaje, mientras que las externas favorecen el establecimiento de metas (Broca Caverro, 2000 y González Cabanach, 2000).

1.5.1.3. Variables de contexto social, económico y cultural junto con el autoconcepto han sido, creemos, las más estudiadas. Los resultados son muy variables, siendo los indicadores más utilizados el nivel profesional y/o ocupacional del padre y de la madre, así como su nivel educativo (Fraser y cols, 1987; Martínez-Otero Pérez, 1996). El antecedente paradigmático y más polémico fue el de Coleman y cols (1996) en donde se afirmaba que las variables socioeconómicas explicaban, prácticamente, toda la varianza del rendimiento académico. Sin embargo, investigaciones anteriores y menos criticadas metodológicamente, afirman que, si bien tiene algún peso en los primeros años de escolaridad, en los cursos más avanzados pierde toda su significación (Pelenchano, 1977, 1989).

En la Figura- 5 se resume lo expuesto en este apartado respecto a variables no clínicas relacionadas con el rendimiento académico.

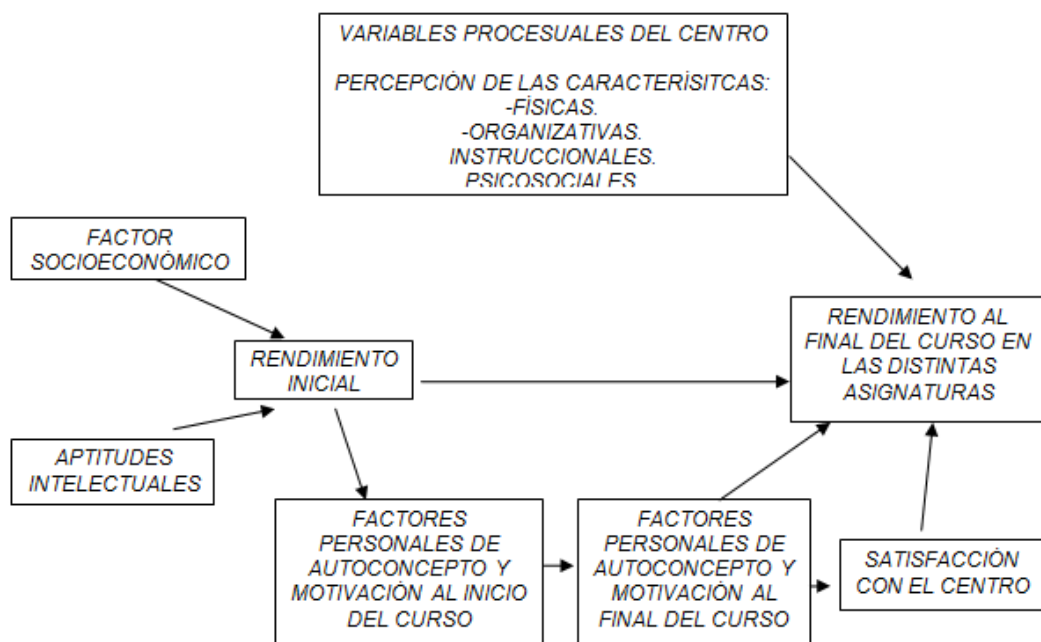


Figura 5. Modelo teórico sobre los factores determinantes del rendimiento académico.

1.5.2. Síntomas depresivos y rendimiento académico.

Son numerosas las causas psicológicas que pueden justificar un bajo rendimiento académico y en no pocas circunstancias concurren varias de ellas (Hagin, 1997). Se consideran como muy frecuentes, entre otras, el trastorno por déficit atencional con hiperactividad, los trastornos de conducta, los trastornos de ansiedad, la depresión y los denominados trastornos específicos del desarrollo psicológico: lenguaje, lecto-escritura y otros.

En el tema específico que nos ocupa, a saber, el estudio de la posible relación entre semiología depresiva y rendimiento académico en adolescentes, son relativamente escasas las investigaciones realizadas. Sucede lo contrario si se contemplan otras causas, y en donde la semiología depresiva evaluada como otra variable mediadora o consecuente más. Por ello, hemos creído importante dividir este apartado en dos subapartados: por un lado, las investigaciones que presentan diseños inespecíficos y, por otros, aquellas que estudian específicamente la relación entre depresión y rendimiento escolar.

1.5.2.1. Resultados en diseños inespecíficos.

Creo que es imperativo comenzar citando al primer estudio epidemiológico de campo sobre la depresión infantil en nuestro país, aunque de los 6.432 casos estudiados solo 177 fueran mayores de 11 años. En esta investigación, se relaciona, entre otras variables, la depresión con dos aspectos escolares (Doménech-Llaberia y Polaino Lorente, 1990): Los cambios de colegio y el fracaso escolar medido como repetición de cursos escolares. En este aspecto, al realizarse la investigación antes de la aplicación de la ESO, (1985 – 1986), los resultados no son totalmente comparables con los nuestros. Para estos investigadores, los cambios de colegio no se correlacionaron de forma significativa con los síntomas depresivos, a pesar de suponer un cierto estrés en los alumnos y evidenciarse en otros estudios lo contrario (Hirsch y Ratkin, 1987). Para estos autores, el cambio de colegio por pase de ciclo produce un mayor número de síntomas depresivos en los alumnos, tanto en hombres como en mujeres, siendo mayor en estas últimas. En cuanto a la repetición de curso, correlacionó positivamente con la depresión de los alumnos, tanto si se repetía el curso actual como si se habían repetido cursos anteriores. Esto hallazgos han sido confirmados por otros investigadores, aunque considerando el fracaso con categorías diferentes. Frías Navarro y cols (1990) estudiaron una muestra de 1286 adolescentes en edades comprendidas entre 8 y 13 años la semiología depresiva en dos grupos de niños: repetidores y no repetidores. La evaluación de los síntomas depresivos se realizó con el Children Depresión Inventory (CDI). Su resultados confirman, igualmente, la asociación de fracaso con mayor semiología depresiva. De forma parecida, Pastorelli y cols (2002) en una muestra de 343 adolescentes hombres y 416 mujeres, categorizan su rendimiento en tres niveles: fracaso escolar persistente, fracaso escolar actual y no fracaso académico evaluando en los tres grupos los síntomas depresivos. Concluyen que los dos niveles de fracaso se asocian con mayor desajuste social, peor opinión sobre autoeficiencia, sentimientos de rechazo social y tendencia a los trastornos internalizantes, sobre todo, depresivos.

Los acontecimientos vitales conjuntamente con las expectativas de rendimiento han sido investigadas por Cheng (1995), encontrando un déficit en las expectativas, así como un mayor número de acontecimientos vitales. Ambas variables correlacionaban con un mayor número de síntomas depresivos, mayor aislamiento social y un menor refuerzo por parte de los profesores. Los mismos resultados son obtenidos por Alva y Reyes (1999) en un estudio de características metodológicas homologables.

Como una forma de estrés puede ser considerado el acoso entre iguales. Juvenen y cols (2000) intentan demostrar que el acoso autopercebido predice desajustes psicosociales en los alumnos. Llegan a la conclusión de que el acoso predice soledad, depresión y disminución de la autoestima en los alumnos que lo padecen. El deterioro del rendimiento académico sería consecuencia no solo de la depresión, sino también del deterioro psicosocial general.

Algunos investigadores han intentado ponderar la relación entre trastornos específicos del desarrollo psicológico, depresión y rendimiento académico. Así, Dalley y cols (1992) estudian dos grupos de adolescentes, con y sin trastornos específicos del desarrollo psicológico. Concluyen que la presencia de estos déficits predice más depresión, un estilo atribucional más depresivógeno, mayor número de conductas disfuncionales y mayor inhabilidad en la conducta social. Posteriormente, Health (1995) afirma que los alumnos con déficits específicos y deprimidos percibían con más realismo su competencia académica que los no deprimidos. Los alumnos con déficits y no deprimidos tenían mejor autoconcepto y ninguno de los grupos presentaron distorsiones significativas en cuanto a la autopercepción de su competencia académica.

El autoconcepto y la autoestima, como covariables, en la interacción depresión-rendimiento académico han sido estudiadas por Rosenberg y cols(1995) como predictoras de la depresión y esta del rendimiento escolar. Para estos autores, solo influiría en el rendimiento el autoconcepto escolar. Por el contrario, Wiest y cols (1998) opinan que es la depresión la que afectaría, aunque de forma moderada, al rendimiento académico y de forma más consistente al autoconcepto, conjuntamente con la competencia autopercebida, el autocontrol y el apoyo a la autonomía, en parte confirmadas por Aunola y cols (2000) cuando afirman que lo primario es la autoestima. Bajas puntuaciones darían lugar a estrategias de estudio maladaptadas en los alumnos, siendo estas estrategias las que ocasionarían el desajuste escolar y las mayores puntuaciones en depresión, así como en problemas de conducta. Estos últimos, también ha sido investigados por Barriga y cols (2002), concluyendo, sorprendentemente, que ni los problemas de conducta ni la depresión se asocian al rendimiento académico.

La autoimagen escolar y de su capacidad que tiene los alumnos han sido investigadas por Masi y cols (2001), concluyendo que no existe relación entre la autopercepción de la capacidad y los síntomas depresivos, en tanto que el sentimiento positivo hacia la escuela si se correlacionaría positivamente con la semiología depresiva, siendo, incluso, mayor entre los alumnos con mejor rendimiento académico.

La pubertad está considerada por gran número de investigadores como una etapa crítica del desarrollo. En este sentido, ha sido estudiada por Malpique (1998) con objeto de evaluar la adaptabilidad escolar, la semiología depresiva y el autoconcepto. Sobre una muestra de 270 púberes mujeres encuentra que un 17% presentaban un bajo autoconcepto y el 64% síntomas depresivos relevantes. Estas variables correlacionaban con una peor adaptabilidad escolar y peor rendimiento académico.

La familia, conjuntamente con el rendimiento académico y la depresión, se han abordado, básicamente, desde dos perspectivas: la situación socioeconómica (Freda y Albertazzi, 2001) y los estilos educativos parentales (Radziszewska y cols, 1996). El primer supuesto conlleva, en estatus socioeconómicos desfavorables, según estos autores, mayor depresión, menor autoestima y mayor fracaso escolar. Los estilos educativos parentales estudiados en una amplia muestra de 3.993 adolescentes de 15 años fueron el autocrático, el autoritario y el no implicado. Concluyen que el estilo que

más se asoció a depresión y peor rendimiento académico fue el no implicado y el que menos negativamente influyó en los alumnos fue el autoritario.

El consumo de alcohol y tabaco conjuntamente con el rendimiento académico y los trastornos del sueño han sido estudiados por Coelho y Barros (2002) en una muestra de 775 adolescentes (312 hombres y 463 mujeres con edad media de 16,9 años). Los resultados fueron que las tres variables se asocian fuertemente con los síntomas depresivos, siendo el consumo de alcohol entre los hombres y el tabaco en las mujeres, especialmente significativas. El estilo autoritario de las madres, igualmente, se asoció a la semiología depresiva en mujeres.

Para finalizar este apartado, quisiéramos comentar la posición de que mantiene Mardomingo y Catalina (1992) en su revisión sobre intentos de suicidio y rendimiento académico en adolescentes. Las autoras se inclinan por la asociación entre síntomas depresivos (sentimientos de soledad y de rechazo, escasa autoestima y síntomas somáticos) y un bajo rendimiento académico. Encuentran que el 13,3% no estaban escolarizados, un 60% presentaban un rendimiento insuficiente y el 32% estaban en un curso que no correspondía para su edad. Para Roeser y cols (1998) sería la inestabilidad emocional un buen indicador de las circunstancias anteriores.

1.5.2.2. Estudios específicos.

Son sorprendentes la variedad de resultados, tanto como la variabilidad de instrumentos de evaluación y métodos empleados. Hoy no parece que esté próxima ni una homogeneización de instrumentos de diagnóstico ni de criterios. En esta situación no es sorprendente que Kudra (1988) encontrara una clara asociación entre depresión y bajo rendimiento académico cuando, casi simultáneamente, Economon Angelopulos (1989) no corroborara esta asociación.

La asociación entre síntomas depresivos y rendimiento académico se ha estudiado diferencialmente con respecto al sexo. Silverstein y cols (1995) realizan una investigación con el objetivo de conocer las diferencias en el rendimiento académico en 175 adolescentes entre 17 y 19 años y su relación con la semiología depresiva. Llegan a la conclusión de que, si bien los síntomas depresivos correlacionan negativamente con el rendimiento académico en ambos sexos, las más afectadas en esta asociación son las adolescentes. Estos resultados son coincidentes con los de Guillard y cols (2000), aunque estos últimos investigadores difieren en el aspecto de que esta relación diferencial solo es sostenible si controlamos por materias escolares (ellos estudiaron lengua, religión y filosofía). Solo las alumnas que suspendían lengua cumplían esta relación. Sin embargo, previamente, Kaltiala-Heino (1998), si bien encontraron asociación entre síntomas depresivos y rendimiento escolar, no las hubo con respecto al sexo. Trabajos que obtienen los mismos resultados han sido los de Heiligenstein y cols (1996), Cabera Pérez y cols (1999).

Rapport y cols (2001) escogiendo la semiología depresiva como variable predictora, investigan la posible asociación entre depresión – ansiedad, inteligencia y rendimiento académico en 325 adolescentes. Concluyen que la inteligencia se asocia con el rendimiento académico y el procesamiento cognitivo (memoria a corto plazo), el procesamiento cognitivo tiene más peso sobre el rendimiento que la inteligencia, la semiología depresiva, si bien predice un mal rendimiento, su relación no es directa. Por último, refieren que la depresión – ansiedad conjuntamente con el aislamiento son predictores del rendimiento académico en mayor medida que la inteligencia y el procesamiento cognitivo.

En un intento de precisar si existen síntomas depresivos con mayor peso asociativo que otros con respecto a rendimiento, Aluja y Blanch (2002) realizan una factorialización del Children Depresión Scale (CDI). Aparecen tres factores, denominando al tercero incompetencia – desajuste que recoge aquellos ítems que hacen referencia a conductas sociales y desajuste académico. En su investigación solo este factor correlacionaba negativamente con el rendimiento. Otro aspecto, digno de reflexión,

son los resultados obtenidos por Foerstering y Binser (2002). Según estos autores la cantidad de síntomas depresivos correlacionan negativamente con el rendimiento. Sin embargo, no existe relación entre la importancia que cada alumno le da a su estado de ánimo con las puntuaciones obtenidas ni con, por tanto, con el rendimiento escolar.

Finalmente, quisiéramos concluir esta revisión con los resultados obtenidos por Yang (2002). Este investigador refiere que la semiología depresiva no se asocia directamente con el rendimiento académico, sino con aquellos alumnos que presentan malas relaciones con los profesores y con iguales. Serían estas características las que predicen con más exactitud el rendimiento.

BIBLIOGRAFÍA

- Abirnaga, F. (2000). Estudio descriptivo sobre el juego patológico en estudiantes (8-17 años): Características sociodemográficas, consumo de drogas y depresión. *Adicciones*, 12(4): 493-505.
- Adams, J.; Adams, M. (1996). The association among negative life events, perceived problem solving alternatives, depression, and suicidal ideation in adolescent psychiatric patients. *J. Child Psychology & Psychiatry*, 37(6): 715-720
- Albers, A.; Biener, L. (2002). The role of smoking and rebelliousness in the development of depressive symptoms among a cohort of Massachusetts adolescents. *Preventive Medicine: An Int. J. Devoted to Practice & Theory*, 34(6): 625-631.
- Alfred-Liro, C.; Sigelman, C. (1997). Sex Differences in Self-Concept and Symptoms of Depression During the Transition to College. *J. Youth Adolesc.*, 27(2): 219-244.
- Alonso, C.; del Barrio, V.(1996). Consumo de drogas legales y factores asociados al ambiente escolar. *Psicología educativa*, 11(1): 91-112.
- Aluja, A.; Blanch, A. (2002). The Children Depression Inventory as predictor of social and scholastic competence. *European J. Psychol. Assessment*, 18(3): 259-274.
- Amezcuca, J.A.; Fernandez, E.; Pichardo, M.C. (1999). El autoconcepto como variable predictiva del rendimiento académico. *Rev. Educ. Univ. Gr.*, 12: 97-112
- Aunola, K.; Stattin, H.; Nurmi, J. (2000). Adolescents' achievement strategies, school adjustment, and externalizing and internalizing problem behaviors. *J. Youth & Adolescence*. 29(3): 289-306.
- Baldwin, S.; Hoffmann, J. (2002). The dynamics of self-esteem: A Growth-Curve analysis. *J. Youth & Adolesc.*, 31(2): 101-113.
- Bandura, A.; Pastorelli, C.; Barbaranelli, C.; Capara, G. (1999). Self- Efficacy Pathways to Childhood Depression. *J. Person.Soc. Psychol.*, 76(2): 258-269.

Barca, A.; Brenilla, J.C.; Santamaría, S.; González, A. (1999). Estrategias y enfoques de aprendizaje, contextos familiares y rendimiento académico en el alumnado de educación secundaria: Indicadores para un análisis casual. *Rev. Gallego-Portuguesa Psicol. Educ.*, 3(4): 229-272.

Barriga, A.; Doran, J.; Newell, S. Morrison, E.; Bartetti, V.; Robins, B. (2002). Relationships between problem behaviors and academic achievement in adolescents: The unique role attention problems. *J. Emotional & Behavioral Disorders*, 10(4): 233-240.

Benfield, C.; Palmer, D.; Pfefferbaum, B.; Stowe, M. (1988). A comparison of depressed and nondepressed disturbed children on measures of attributional style, hopelessness, life stress, and temperament. *J. Of Abnormal Child Psychology*, 16(4): 397-410.

Beman, D.S. (1995). Risk factors leading to adolescent substance abuse. *Adolescent Spring*; 30(117): 201-8.

Bennett, D.; Bates, J. (1995). Prospective models of depressive symptoms in early adolescence: Attributional style, stress, and support. *J. of Early Adolescence*, 15(3): 299-315.

Bolognini, M.; Plancheret, B.; Laget, J.; Chinet, L.; Rossier, V.; Cascone, P.; Sthjephan, P.; Halfon, O. (2001). Evaluation of the Adolescent Drug Abuse Diagnosis instrument in a Swiss sample of drug abusers. *Addiction*, 96(10): 1477-1484.

Broc, M.A. (2000). Autoconcepto, autoestima y rendimiento académico en alumnos de 4º de E.S.O. Implicaciones psicopedagógicas en la orientación y tutoría. *Rev. Invest. Educ.* 18(1): 119-146.

Brook, D.; Brook, J.; Zhang, C.; Cohen P.; Whiteman, M. (2002). Drug use and the risk major depressive disorder, alcohol dependence and substance use disorders. *Arc. Gen. Psychiatry*, 59(11): 1039-1044.

Burns, A.; Dunlop, R. (2002). Parental marital quality and family conflict: Longitudinal effects on adolescents from divorcing and non-divorcing families. *J. Divorcio & Remarriage*, 37(1-2): 57-74.

Byrne, B.(1996)Measuring self-concept : The conceptual issues. *En: Measuring Self-Concept Across the Life Span*.1-35.

Cabrera, L.; Jimenez, A.B. (1999). Depresión infantil y rendimiento académico: Un estudio comparativo entre casos y controles. *Rev. Invest. Educ.*, 17(1): 89-106.

Canals, J.; Marti-Henneberg, C.; Fernandez-Ballart, J.; Domenech, E. (1995). A Longitudinal Study of Depression in an Urban Spanish Pubertal Population. *Europ. Child Adolesc. Psychia.*, 4(2): 102-111.

Castejón, J.L.; Navas, L. (1992). Determinantes del rendimiento académico en la enseñanza secundaria, un modelo causal. *Anal. Y Modif. Cond.*, 18(61): 697-728.

Castejón, J.L.; Pérez, A.M. (1998). Un modelo causal-explicativo sobre la influencia de las variables psicosociales en el rendimiento académico. *Bordón*, 50(2): 171-185.

Castro, J.; García, J.; Arias, M.A.; Pérez, M.L. (1997). La valoración que los adolescentes hacen de su rendimiento académico. *Rev. Cienc. Educ.*, 171: 1-23.

Clark, D.; De bellis, M.; Lynch, K.; Cornelius, J.; Martin, C. (2003). Psychical and sexual abuse, depression and alcohol use disorders in adolescents: Onsets and outcomes. *Drug & Alcohol Dependence*, 69(1): 51-60.

Clemente, A.; Albiñana, P.; Domenech, F. (1997). Predicción del rendimiento académico en estudiantes de secundaria a través de los factores de inteligencia, socialización, desadaptación escolar, autoconcepto y personalidad.

Rev. Psic. Educ., 22: 55-68.

Cohelo, R.; Martins, A.; Barros, H. (2002). Clinical profiles relating gender and depressive symptoms among adolescents ascertained by the Beck Depression Inventory II.

European Psychiatry, 17(4): 222-226.

Cohelo, R.; Rangel, R.; Ramos, E.; Martins, A.; Prata, J.; Barros, H.(2000). Depression and the severity of substance abuse.

Psychopathology, 33(3): 103-109.

Cornelius, J.R.; Lynch, K.; Martin, C.. ; Cornelius, M.D.; Clark, D. (2001).Clinical correlates of heavy tobacco use among adolescents. Addictive Behaviors, 26(2): 273-277.

Csorba, J.; Rozsa, S.; Vetro, A.; Gadoros, J.; Makra, J.; Somogyi, E.; Kaczvinsky, E.; Kapornay, K. (2001). Family- and school-related stresses in depressed Hungarian children.

European Psychiatry, 16(1): 18-26.

Chan, D.Ch. (1996). Depressive Symptoms and Perceived Competence Among Chinese Secondary School Students in Hong Kong.

J. Youth Adolesc., 26(3): 303-319.

Chang, E. (2001). Life stress and depressed mood among adolescents: Examining a cognitive-affective mediation model.

J. Social & Clinical Psychology, 20(3): 416-429.

Cheung, S. (1995). Life events, classroom environment, achievement expectation, and depression among early adolescents.

Social Behavior & Personality, 23(1): 83-91.

Dalley, M.; Bolocofsky, D.; Alcorn, M.; Backer, C. (1992). Depressive symptomatology, attributional style, dysfunctional attitude, and social competency in adolescents with and without learning disabilities.

School Psychol. Rev., 21(3): 444-458.

Daniels, D.; Moos, R. (1990). Assessing life stressors and social resources among adolescents: Applications to depressed youth.

J. Adolesc. Research, 5(3): 268-289.

Del Barrio, V.; Moreno, C.; Lopez, R. (1997). Ecology of depression in Spanish children.

Europ. Psychol., 2(1): 18-27.

De la Pena, F.; Estrada, A.; Almeida, L.; Paez, F. (1999). Prevalencia de los trastornos depresivos y su relación con el aprovechamiento escolar en estudiantes de secundaria.

Salud Mental, 22(4): 9-13.

Dise-Lewis, J. (1988). The Life Events and Coping Inventory: An assessment of stress in children.

Psychosomatic Med., 50(5): 484-499.

Drucker, P.; Creco-Vigorito, C.; (2002). An exploratory factor analysis of Children's Depression inventory scores in young children of substance abusers.

Psychological Reports, 91(1): 131-141.

Du Bois, D.; Sherman, M.; Roberts, M. (1998). Self-Esteem and Adjustment in Early Adolescence: A Social-Contextual Perspective.

J. Young Adolesc., 27(5): 557-583.

Dukes, R.L.; Lorch, B. (1989). The effects of school, family, self-concept, and deviant behaviour on adolescent suicide ideation.

J. Adolesc., 12(3): 239-251.

Economou, M.; Angelopoulos, N. (1998). Dysthymic symptoms, hostility and scholastic achievement in a group of high-school students.
Educ. Psychol., 9(4): 331-337.

Eley, T.; Stevenson, J. (2000). Specific life events and chronic experiences differentially associated with depression and anxiety in young twins.
J. Abnormal Child Psychology, 28(4): 383-394.

Fergusson, D.M.; Woodward, L.J.(2002). Mental health, educational, and social role outcomes of adolescents with depression.
Arch. Gen. Psychiatry, 59(3): 225-231

Fernandez A.; Gonzalez, M.A. (1997). Estrés y riesgo suicida. Estudio de los acontecimientos vitales, recientes en tentativas de suicidio en adolescentes.
Rev. Psiq. Infanto-Juvenil, 4: 241-247.

Foersterling, F.; Binser, M. (2002). Depression, school performance and the veridicality of perceived grades and causal attributions.
Personality & Social Psychol. Bull., 28(10): 1441-1449.

Forehand, R.; Hearther B.; Beth,A. (1998). Cumulative Risk Across Family Stressors: Short- and Long-Term Effects for Adolescents.
J. Abnormal Child Psychology, 26(2): 119-128.

Freda, M.F.; Albertazzi, P. (2001). La relazione tra costellazione affettiva e valutazione scolastica degli insegnanti in un contesto sociale di marginalità: Un contributo di ricerca in preadolescenza.
Psicol. Clin. Sviluppo, 5(2): 189-205.

Frias, D.; Mestre, M.V.; del Barrio, V.; García-Ros, R. (1990). Deficits cognitivos depresivos y rendimiento escolar.
Rev. Psicol. Educ., 2(5):61-80.

Frye,A.A.; Goodman, S. (2000). Which social problem-solving components buffer depression in adolescent girls?.
Cognitive Therapy & Research, 24(6): 637-650.

Ge, X.; Lorenz, F.; Conger, R.; Elder, G.; et al (1994). Trajectories of stressful life events and depressive symptoms during adolescence.
Developmental Psychology, 30(4): 467-483.

González, R.; Valle, A.; Suárez, J.M.; Fernández, A.P. (1999). Un modelo integrador explicativo de las relaciones entre metas académicas, estrategias de aprendizaje y rendimiento académico.
Rev. Inv. Educ. 17(1): 47-70.

González-Pineda, J.A.; Núñez, J.C.; Glez-Pumariaga, S.; García, M. (1997). Autoconcepto, autoestima y aprendizaje escolar.
Psicothema, 9(2): 271-289.

Goodyer, I.M.; Cooper, P.J.; Vize, C.M.; Ashby, L. (1993). Depression in 11-16 year-old girls: The role of past parental psychopathology and exposure to recent life events.
J. Child Psychol. & Psychia. & Allied Disciplines, 34(7): 1103-1115.

Grana, J.L.; Muñoz-Rivas, M. (2000). Factores psicológicos de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes.
Psicología Conductual, 8(2): 249-269.

Guilland, R.; Koerbes, J.; Hernandez, J.A. (2000). Ansiedade, depressao e desempenho escolar na adolescencia.
Altheia, 11: 29-40.

Gurpegui, M. (1982). Metodología para el estudio de los acontecimientos de la vida en los trastornos psiquiátricos.
Rev. Med: Univ. Navarra, 26: 157-162.

Hagin, R. A. (1997). Psychological Problems that present as academic difficulties.

Child Aca. Adolesc. Psychia. Clinics of N. Am. 6(3): 473-488.

Hammen C.; Adrian Ch.; Hiroto, D. (1988). A longitudinal test of attributional vulnerability model in children at risk for depression.

Brist. J. Clinical Psychol., 27(1): 37-46.

Hammen, C.; Goodman-Brown,T.(1990). Self-schemas and vulnerability to specific life stress in children at risk for depression.

Cogn. Therapy & Rsearch, 14(2): 215-227.

Hay, I.; Ashman, A. (2003). The development of adolescents' emotional stability and general self-concept. The interplay of parents, peers, and gender.

Internac. J. Disability, Development Education, 50(1): 77-91.

Heath, N.L. (1995). Distortion and deficit: Self-perceived versus actual academic competence in depressed and nondepressed children with and without learning disabilities.

Learning Disabilities Research & Practice, 10(1): 2-10.

Heiligenstein, E.; Guenther, G.; Hsu, K.; Herman, K. (1996). Depression and academic impairment in college students.

J. Am. College Health, 45(2): 59-64.

Herman-Stahl,M.; Petersen, A.C. (1999). Depressive symptoms during adolescence: Direct and stress-Buffering effects of coping, control beliefs, and family relationships.

J. Applied Developmental Psychology, 20(1): 45-62

Hoffmann, H.; Baldwin, S.A.; Cerbone, F.G. (2003). Onset of depressive disorder among adolescents.

J. Am. Aca. Child Adolescent Psychiatry 42(2): 217-224.

Hoffmann, J.; Su, S.S. (1998). Stressful life eventes and adolescent substance use and depression: Condicional and gender differentiated effects.

Substance Use & Misuse, 33(11): 2219-2262.

Jurado, D.; Gurpegui, M.; Moreno, O.; de Dios , J. (1997). School setting and teaching experience as risk factors for depressive symptoms in teachers.

Eur. Psychia., 13: 78-82.

Juvonen, J.; Nishina, A.; Graham,S. (2000). Peer harassment, psychological adjustment, and school functioning in early adolescence.

J. Educ. Psychol., 92(2): 349-359.

Kaltiala-Heino, R.; Rimpelae, M.; Rantanen, P. (1998). School performance and self-reported depressive symptoms in middle adolescence.

Psychiatria Fennica, 29: 40-49.

King, C.; Akiyama, M.; Kirsten, E. (1996). Self-Perceived Competencies and Depression Among Middle School Students in Japan and the United States.

J. Early Adolesc., 16(2): 192-210.

Kirby, J.B (2002). The influence of parental separation on smoking initiation in adolescents.

J. of Health & Social Behaboir, 43(1): 56-71.

Koval, J.; Pederson, L.; Mills, C.; McGady, G.; Gene, A.; Carvajal, S. (2000). Models of the relationship of stress, depression, and other

psychosocial factors to smoking behaviour: A comparison of a cohort of students in Grades 6 and 8.

Preventive Med. An Intern. J. Devoted to Pract. & Theory, 30(6): 463-477.

Korhonen,V.; Laukkanen, E. Peiponen, S.; Lethonen, J.; Viinamaeki; H. (2001). Effect of major depression on the self-image of adolescent boys and girls.

J. Youth Adolesc., 30(6): 697-706.

Kudra, M. (1988). Some psychopathological disturbances of adolescents as factors of their failure in school.

Internac. J. Adolesc. Medic. Health, 3(4): 295-302.

Kumpulainen, K.; Roine, S. (2002). Depressive symptoms at the age of 12 years and future heavy alcohol use. *Addictive Behaviors*, 27(3): 425-436.

Lau, S.; Kwok, L.K. (2000). Relationship of family environment to adolescents' depression and self-concept. *Soc. Behavior & Personal.*, 28(1): 41-50.

Lopez, C.; Freixinos, A. (2001). Psicopatología y consumo de alcohol en adolescentes. *Anales de Psicología*. 17(2): 177-187.

Machargo, J. (1992). El autoconcepto como factor condicionante de la eficacia del feedback sobre el rendimiento. *Rev. Psic. Soc.*, 7(2): 195-211.

Malpique, C. (1998). Aspectos psicológicos e psicopatológicos da pubertad femenina. *Psicol. Educ. Cultura*, 2(1): 27-36.

Marcelli, D.; Branconier, A.; de Ajuriaguerra, J. (1986). El problema de la depresión. *Psicopatología del adolescente*. 201-218.

Marcotte, D.; Fortin, L.; Potvin, P.; Papillon, M. (2002). Gender differences in depressive symptoms during adolescence: Role of gender-typed characteristics, self-esteem, body image, stressful life events, and pubertal status. *J. Emotional & Behavioral Disorders*. 10(1): 29-42.

Mardomingo, M.J.; Catalina, M.L. (1992). Características de personalidad, medio familiar y rendimiento escolar en los intentos de suicidio en niños y adolescentes. *Pediátrka*, 12(5): 17-22.

Mardomingo, M.J.; Gil, S. (1992). Acontecimientos vitales y trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes. *Anales de Psiquiatría*, 8(5): 195-198.

Mardomingo, M.J.; González, S. (1990). Escala de acontecimientos vitales adaptada a la población infantil de 12 a 18 años. *Rev. De Psiq. Infanto-Juvenil*, 2: 123-125.

Mardomingo, M.J.; Kloppe, S.; Gallego, M.S. (1990). Escala de acontecimientos vitales adaptada a la población española. *Rev. De Psiq. Infanto-Juvenil*, 1: 32-90.

Mardomingo, M.J.; Zamora, C.; Gil, S.; Parra, E.; Espinosa, A. (1993). Intentos de suicidio, trastornos psiquiátricos y acontecimientos vitales en niños y adolescentes. *Acta Pediátrica Española*, 51(11): 746-750.

Martin, M. (1987). Técnicas de exploración del autoconcepto. *Psiquis*, VII/87: 59-66.

Martin, R. A.; Kazarian, S.; Breiter, H. (1995). Perceived stress, life events, dysfunctional attitudes, and depression in adolescent psychiatric inpatients. *J. Psychopathology & Behavioral Assessment*, 17(1): 81-95.

Martinez-Otero, V. (1996). Factores determinantes del rendimiento académico en enseñanza media. *Psic. Educ.* II(1): 79-90.

Martini, S.; Wagner, F.; Anthony, J. (2002). The association of tobacco smoking and depression in adolescence: Evidence from the United States. *Substance Use & Misuse*, 37(4): 1853-1867.

Martinot, D.; Monteil, J.M. (2000). Use of the self-concept in forming preferences by French students of different levels of academic achievement. *J. Soc. Psychol.*, 140 (1): 119-131.

- Masi, G.; Sbrana, B.; Poli, P.; Tomaiuolo, F.; Favilla, L., Marcheschi, M. (2000). Depression and school functioning in non-referred adolescents: A pilot study. *Child Psychiatry & Human Development*, 30(3): 161-171.
- Masi, G.; Tomaiuolo, F. Sbrana, B.; Poli, P.; Barachini, G. Pruneti, C.; Favilla; L.; Floriani, Ch. (2001). Depressive symptoms and academic self-image in adolescence. *Psichopathology*, 34(2): 57-61.
- Meyer, P.; Garrison, C.; Jackson, K.; Addy, CH. et al. (1993). Undesirable life-eventens and depression in young adolescents. *J. Child & Family*, 2(1): 47-60.
- Montejo, L.; Ramos, J.; Cordero, A. (1983). Morbilidad psiquiátrica en familiares de adolescentes deprimidos. *Psiquis*, VI(83): 45-49.
- Montero, J.R. (1990). Fracaso escolar: Un estudio experimental en el marco de la teoría de la indefensión aprendida. *Rev. Psicol. Gral. Y Aplic.*, 43(2): 257-270.
- Muñoz-Rivas, M.; Grana, J.L. (2001). Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 13(1): 87-94.
- Nieto, S.; Pérez, G. (1994). Estudios e investigaciones sobre rendimiento académico (1970-1990): Análisis estadístico y bibliométrico. *Rev. Esp. Psic.*, LII(119): 501-527.
- Nuñez, J.C.; González-Pumariega, S.; González-Pineda, A. (1995). Autoconcepto en niños con y sin dificultades de aprendizaje. *Psicothema*, 7(3): 587-604.
- Nuñez, J.C.; Glez-Pineda, M.; García, M.; Glez-Pumariega, S.; Rocés, C.; Álvarez, L.; Glez, C. (1998). Estrategias de aprendizaje, autoconcepto y rendimiento académico. *Psicothema*, 10(1): 97-109.
- Orr, E.; Dinur, B. (1995). Actual and perceived parental social status: Effects on adolescent self-concept. *Adolescence*, 30(119):603-616.
- Patten, C. A.; Choi, W.; Vickers, K.; Pierce, J. (2001). Persistence of depressive symptoms in adolescents. *Neuropsychopharmacology*, 25(5): S89-S91.
- Pastorlli, C.; Gerbino, M.; Vecchio, G.; Steca,P.; Picconi, L.; Paciello, M. (2002). L'insuccesso scolastico: Fattori di rischio e di protezione nel corso della preadolescenza. *Eta Evolutiva*, 71(1): 84-91.
- Pine, D.; Cohen, P.; Johnson, J.; Brook,J. (2002). Adolescent life events as predictors of adult depression. *J. Affective Disorders*, 68(1) 49-57.
- Pons, J.; Berjano, E. (1996). El inicio en el consumo de drogas en relación a las dimensiones del autoconcepto en adolescentes. *Rev. Esp. Drogodependencias*, 21(3):229-244.
- Puskar, K.; Tusai-Mumford,K.; Sereika, S.; Lamb, J. (1999). Screening and predicting adolescent depressive symptoms in rural setting. *Arc. Psychiatric Nursing*, 13(1): 3-11.
- Radziszewska, B.; Richardson,J.; Clyde, W.; Brian, R. (1996). Parenting Style and Adolescent Depressive Symptoms, Smoking, and Academic Achievement: Ethnic, Gender, and SES Differences. *J. Behavioral Medicine*, 19(3):289-305.
- Rapport, M.; Denney, C.; Chung, K.; Hustace, K. (2001). Internalizing behavior problems and scholastic achivement in children: Cognitive and behavioral pathways as mediators of outcome. *J. Clin, Child Psychol.*, 30(4): 536-551.

Redondo, M.; Blanco, M.(1984). El carácter multidimensional de las escalas de autoconcepto.
Rev. De Psic. Gral y Apl., 39(4): 721-727.

Reyes, M.; Oyón, M.J. (1998). Influencia de la autoestima y su repercusión en el rendimiento académico de los adolescentes.
Estudios de Pedagogía y psicología, 10: 29-70.

Rhode, P.; Lewinsohn, P. Kahler, C.; Seeley, J.; Brown, R. (2001). Natural course of disorders from adolescence to young adulthood.
J. Am. Aca. Child & Adol. Psychiatry, 40(1): 83-90.

Roberts, J.; Gamble, S. (2001). Current mood-state and past depression as predictors of self-esteem and dysfunctional attitudes among adolescents.
Personality & Individual Differences, 30(9): 1023-1037.

Roeser, R.; Eccles, J.; Sameroff, A. (1998). Academic and emotional functioning in early adolescence: Longitudinal relations, patterns, and prediction by experience in middle school.
Development & Psychopathology, 10(2): 321-352.

Ronquillo, A.; Saurina, C.; Selé, J. (1997). Condicionants socioeconòmics del rendiment acadèmic.
Papers, 51: 253-269.

Rosenberg, M.; Schooler, C.; Schoenbach, C.; Rosenberg, F. (1995). Global self-esteem and specific self-esteem: Different concepts, different outcomes.
Am. Sociol. Rev., 60(1): 141-156.

Rudolph, K.; Hammen, C.; Burge, D.; Lindberg, N.; Herzberg, D.; Daley, S. (2000). Toward an interpersonal life-stress model of depression: The developmental context of stress generation.
Development & Psychopathology, 12(2): 215-234.

Rosenfield, S.; Vertefuille, J.; McAlpine, D. (2000). Gender stratification and mental health: An exploration of dimensions of the self.
Soc. Psychol. Quarterly, 63(3): 208-223.

Sandler, I.; Reynolds, K.; Kliwer, W.; Ramirez, R. (1992). Specificity of relation between life events and psychological symptomatology.
J. Clinical Child Psychology, 21(3): 240-248.

Schmidt, J.; Padilla, B. (2002). Self-Esteem and Family Challenge: An Investigation of Their Effects on Achievement.
J. Youth Adolesc., 32(1): 37-46.

Silberg, J. L.; Pickles, A.; Rutter, M.; Hewitt, J.; Simonoff, E.; Maes, H.; Carbonneau, R.; Murrelle, L.; Foley, D.; Eaves, L. (1999). The influence of factors and life stress on depression among adolescent girls.
Arc. General Psychiatric, 56(3): 225-232.

Silverstein, B.; Caceres, J.; Perdue, L.; Cimarolli, V. (1995). Gender differences in depressive symptomatology: The role played by "anxious somatic depression" associated with gender-achievement concerns.
Sex Roles, 33(9-10): 621-636.

Spence, S.; Sheffield, J.; Donovan, C. (2002). Problem-solving orientation and attributional style: Moderators of the impact of negative life events on the development of depressive symptoms in adolescence?
J. Clinical Child & Adolescent Psychopathology, 31(2): 219-229.

Tercyak, K.; Goldman, P.; Smith, A.; Audrain, J. (2002). Interacting effects of depression and tobacco advertising receptivity on adolescent smoking.
J. Pediatric Psychology, 27(2): 145-154.

Thapar, A.; Harold, G.; McGuffin, P. (1988). Life events and depressive symptoms in childhood-shared genes or shared adversity? A research note.
J. Child Psychology & Psychiatry, 39(8): 1153-1158.

Tiet, Q.; Bird, H.; Hoven, Ch. ; Moore, R.; Wu, P.; Wicks, J.; Jensen, P.; Goodman, S.; Cohen, P. (2001). Relationship between apecific adverse life events and psychiatric disorders. *J. Abnormal Child Psychology*, 29(2): 153-164.

Upadhyaya, H.; Deas, D.; Brady, K.; Kruesi, M (2002). Cigarette smoking and psychiatric comorbidity in children and adolescents. *J. Am. Acad. Child & Adolescent Psychiatric*, 41(11): 1249-1305.

Upadhyaya, H.; Brady, K.; Wharton, M.; Liao, J. (2003). 12(2) 144-152. Psychiatric disorders and cigarette smoking among child and adolescent psychiatry inpatients. *Am. J. Addictions*, 12(2): 144-152.

Valle, A.; González, R.; Rodríguez, S.; Piñeiro, I.; Suárez, J.M. (1999). Atribuciones casuales, autoconcepto y motivación en estudiantes con alto y bajo rendimiento académico. *Rev. Esp. Psic.*, LVII (214): 525-546.

Valle, A.; Gónzalez, R.; Rodríguez, S.; Piñeiro, I.; Suárez, J.M.; Fernández, P. (1998). Atribuciones casuales internas y externas, autoconcepto y rendimiento académico. *Aula Abierta*, 72:249-265.

Vera, L. (1984). La dépression: Le modelè comportamental. En : Dugas, M. La dépression chez l'enfant: Theories et realites. 59-70.

Von der Lippe, A.L. (2000). Family Factors in the Ego Development of Adolescent Girls. *J. Younth Adolesc.*, 29(3): 373-393.

Whalen, C.; Jamner, L.; Henker, B.; Delfino, R. (2001). Smoking and moods in adolescents whit depressive and aggressive dispositions: Evidence from surveys and electronic diaries. *Health Psychology*, 20(2): 99-111.

Wiest, D.J.; Wong, E.; Kreil, D.A. (1998). Predictors of global self-worth and academic performance among regular education, learning disabled, and continuation high school students. *Adolescence*, 33(131) 601-618.

Windle, M.; Windle, R. (2001). Depressive symptoms and cigarette smoking among middle adolescents: Prospective associations and intrapersonal and interpersonal influences. *J. Consulting & Clinical Psychology*, 69(2): 215-226.

Yang, D. (2002). Depression, anxiety, and self-concept of middle school students. *Chinese Mental Health J.*, 16(9): 633-635.

Yang, D. (2002). The relationship between school factors and depression in middle school students. *Chinese J. Clin. Psychology*, 10(1): 33-35.

