

Evaluación de la sintomatología depresiva en el contexto escolar y variables asociadas

Elena Bernaras^{1*}, Joana Jaureguizar², Marian Soroa¹, Izaskun Ibabe³ y Carmen de las Cuevas⁴

¹ Dpto. de Psicología Evolutiva y de la Educación. Escuela Universitaria de Magisterio de Donostia de la UPV/EHU, España

² Dpto. de Psicología Evolutiva y de la Educación. Escuela Universitaria de Magisterio de Leioa de la UPV/EHU, España

³ Dpto. Psicología Social y Metodología de las Ciencias del Comportamiento. Facultad de Psicología de la UPV/EHU, España.

⁴ Dpto. Didáctica de la Expresión Musical, Plástica y Corporal. Escuela Universitaria de Magisterio de Donostia de la UPV/EHU, España

Resumen: El objetivo del estudio consistió en analizar la tasa de sintomatología depresiva infantil en el ámbito escolar a partir del examen de las variables clínicas y escolares relacionadas con la sintomatología depresiva, para obtener un modelo predictor de la depresión que ayude a detectar y a entender mejor esta patología. La muestra estaba compuesta por 1104 estudiantes de 8 a 12 años de edad de distintos centros escolares de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Los participantes cumplimentaron el Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) y el autoinforme S-2 del Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes (BASC). Los maestros tutores proporcionaron información sobre el rendimiento académico de cada estudiante. Los resultados mostraron una interacción entre el sexo y la edad de los alumnos, lo que apoyaría la perspectiva evolutiva del trastorno depresivo. En los chicos los niveles de sintomatología depresiva descendían con la edad, pero en las chicas se daba un ligero repunte a la edad de 12 años. Los predictores más destacables de la depresión infantil eran el estrés social, la ansiedad, el sentido de incapacidad y la baja autoestima, lo que vendría a demostrar la vertiente emocional, social y cognitiva de la sintomatología depresiva.

Palabras clave: Sintomatología depresiva; infancia; contexto escolar; autoestima; relaciones entre iguales; ansiedad.

Title: Evaluation of the depressive symptomatology and the related variables in the school context.

Abstract: The goal of this study was to analyze the rate of child depressive symptomatology in the school context through the analysis of the clinical and school variables related to such symptomatology, with a view to obtaining a predictive model of depression that could help in the detection and understanding of this pathology. The sample was made up of 1104 children aged 8 to 12 from schools in the Basque Country. Participants filled out the Children's Depression Scale (CDS) and the S-2 self-report from the Behavior Assessment System for Children and Adolescents (BASC). Homeroom teachers provided information on each pupil's academic performance. The results indicated an interaction between pupils' sex and age, and this would support the developmental perspective on depressive disorder. In boys, depressive symptomatology levels fell with age, but in girls there was a slight rise at age 12. The most noteworthy predictors of child depression were social stress, anxiety, sense of inadequacy and low self-esteem, which would be in support of the emotional, social and cognitive dimensions of depressive symptomatology.

Key words: Depressive symptomatology; childhood; school context; self-esteem; peer relations; anxiety.

Introducción

La depresión infantil es un tema de actualidad por su relativa frecuencia e impacto socio-sanitario, y constituye una amenaza potencial para la vida de las personas que la padecen si no es identificada y tratada a tiempo. La depresión en la edad adulta está asociada con la depresión en la infancia y en la adolescencia, por lo que, en la actualidad, se da prioridad a la detección precoz de la sintomatología depresiva en la población infantil (Najman et al., 2008). La presencia de la depresión a edades tempranas se ha relacionado con problemas en el ajuste psicosocial, presentando los niños con sintomatología depresiva dificultades en el ámbito familiar, escolar y en las relaciones con los compañeros (Levendosky, Okun y Parker, 1995). El entorno escolar es uno de los espacios donde los niños pasan la mayor parte del día, no obstante, la falta de conocimiento de los docentes con respecto a los trastornos depresivos puede dar lugar a que los niños con dicha sintomatología no sean diagnosticados a tiempo y, en consecuencia, los síntomas tempranos que enmascaran la depresión se vayan afianzando. Por esta razón, los centros escolares se convierten en contextos privilegiados para llevar a cabo iniciativas de identificación y de prevención de la depresión infantil.

En lo concerniente a las tasas de prevalencia de la depresión infantil, cabe señalar que los porcentajes varían en función de la muestra utilizada, los instrumentos de evaluación empleados, las fuentes de información consultadas, o los intervalos de edad analizados. Los estudios basados en los criterios diagnósticos del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV-R) (APA, 2000), que incluyen tanto la depresión mayor como el trastorno distímico, arrojan unas tasas de prevalencia que oscilan entre el 0.3% y el 6.4% para ambos trastornos (Angold et al., 2002; Cohen et al., 1993; Costello et al., 1996; Fleming y Offord, 1990; Polaino-Lorente y Domenech, 1993; Puura et al., 1997; Vinaccia et al., 2006). Otros estudios, especialmente aquéllos que analizan los síntomas depresivos, han hallado porcentajes algo superiores. Así, mientras algunos estudios indican que torno al 10-15% de la población infantil de Educación Primaria padece síntomas depresivos (Hammen y Rudolph, 1996; Liu et al., 1999), otros estudios sitúan estos índices en un 23.6% (Steinhausen y Winkler Metzke, 2003) o incluso en un 25.2% (Vinaccia et al., 2006). En la Comunidad Autónoma del País Vasco son escasos los trabajos efectuados en el ámbito de la sintomatología depresiva infantil. El más reciente se llevó a cabo en la provincia de Gipuzkoa (Torres, 1992), con escolares de entre 8 y 12 años, a quienes se evaluó la sintomatología depresiva a través del Cuestionario de Depresión Infantil (CDI) (Kovacs, 1992). Los resultados de dicho estudio mostraron que el 3.9% de los escolares guipuzcoanos examinados presentaba sintomatología depresiva severa (CDI > 19). Por otra parte, algunas investigaciones han confirmado que no existen evidencias que indiquen que se esté produciendo un aumento en la prevalencia de la de-

*** Dirección para correspondencia [Correspondence address]:**

Elena Bernaras Iturrioz. Universidad del País Vasco / Euskal Herriko Unibertsitatea. Escuela Universitaria de Formación de Profesorado. Plaza Oñati, 3. 20018 Donostia-San Sebastián (España).
E-mail: elena.bernaras@ehu.es

presión infantil en los últimos 30 años (Costello, Erkanli y Angold, 2006). Actualmente la detección de este trastorno es más precisa, ya que hace unos años ni siquiera se aceptaba la existencia de los cuadros depresivos infantiles.

La Organización Mundial de la Salud afirma que la depresión es hoy en día la segunda causa de enfermedad entre la población de 15 a 44 años de edad para ambos sexos (OMS, 2011), y diversos estudios indican que la perspectiva evolutiva es un elemento a tener en cuenta en el estudio de la depresión (Cicchetti, Rogosch y Toth, 1994; Compas, Hinden y Gerhardt, 1995). El comienzo de los trastornos depresivos mayores suele producirse entre los 11 y los 12 años de edad, aunque el inicio de la sintomatología depresiva menos severa se observa principalmente hacia los 7 y los 8 años (Del Barrio, 2000; Kovacs, Freinberg, Crouse-ovak, Paulauskas y Filkenstein, 1984). En cuanto a las posibles diferencias en función de la edad y el sexo, son varios los estudios que evidencian una mayor prevalencia de síntomas depresivos en niños que en niñas de edades comprendidas entre los 6 y los 12 años (López Soler y López-Pina, 1998; Torres, 1992; Vinaccia et al., 2006). No obstante, a partir de los 12 años la incidencia es mayor en las chicas (Angold, Erkanli, Silberg, Eaves y Costello, 2002; Del Barrio, Moreno y López, 1997). En la investigación realizada por Torres (1992), el 4.7% de los participantes de entre 8 y 10 años presentaba sintomatología depresiva severa, mientras que en el caso de los escolares de entre 11 y 12 años ese porcentaje se reducía al 2.5%. Si además se atendía al sexo de los participantes, los resultados indicaban que los varones más jóvenes (8-10 años) presentaban niveles más altos de depresión (4.7%) que las niñas (3%) y que los participantes de mayor edad (11-12 años) (2.5%). En otra investigación realizada con población clínica y que contaba con niños de edades comprendidas entre los 8 y los 12 años, hallaron tres trastornos internalizantes que variaban en función del sexo: los niños presentaban una mayor prevalencia de problemas afectivos y de ansiedad, mientras que las niñas principalmente mostraban quejas somáticas (López Soler, Alcántara, Fernández, Castro y López-Pina, 2010).

Cabe mencionar que en el contexto escolar, el estudio de la relación entre la sintomatología depresiva y el rendimiento académico despierta un gran interés (Herman, Lambert, Reinke y Ialongo, 2008; Lehtinen, Räikkönen, Heinonen, Raitakari y Keltikangas-Järvinen, 2006). En este sentido, la oficina regional Europea de la Organización Mundial de la Salud recientemente ha publicado un estudio sobre el impacto de la salud y de las conductas saludables en el rendimiento escolar (Suhrcke y de Paz Nieves, 2011). En ese documento se reconoce que los problemas de depresión y de ansiedad tienen un efecto negativo y significativo sobre los resultados educativos a corto y largo plazo. Los niños con síntomas depresivos difícilmente pueden concentrarse en sus estudios y les resulta difícil obtener unas buenas calificaciones (Cole, 1991; Patterson y Stoolmiller, 1991; Roeser, van der Wolf y Strobel, 2001), aumentando este hecho su sentido de incapacidad tanto social como académico (autoconcepto académi-

co negativo). Aunque el estado anímico de los niños puede interferir en su rendimiento académico (Roeser et al., 2001), también es cierto que el bajo rendimiento escolar constituye un factor de riesgo para sufrir depresión (Herman, Lambert, Ialongo y Ostrander, 2007), ya que el desempeño académico pobre alimenta el autoconcepto negativo que el niño va forjándose como estudiante en sus años escolares. Además, existen estudios que afirman que el riesgo de depresión es acumulativo, puesto que los fracasos escolares del estudiante contribuyen a incrementar su percepción de falta de competencia (Cole, 1990). De hecho, el autoconcepto académico ha sido identificado como un predictor del rendimiento académico (Marsh y Hau, 2003). Existe un acuerdo generalizado que indica que tanto los niños como los adolescentes con sintomatología depresiva tienen una autoestima más baja que aquellos que no están deprimidos (Bos, Huijding, Muris, Vogel y Biesheuvel, 2010; Kaslow, Brown y Mee, 1994; Orth, Robins y Roberts, 2008). Orth, Robins y Meier (2009), basándose en tres estudios longitudinales con muestra no clínica, concluyen que la baja autoestima y la depresión tienen una relación directa, y rechazan la hipótesis de la amortiguación de la autoestima, según la cual los efectos de las situaciones estresantes en la depresión son mayores para los individuos con baja autoestima (Hammen, 2005; Metalsky, Joiner, Hardin y Abramson, 1993).

Respecto a los problemas de relación, los niños que no son aceptados socialmente por sus iguales son más propensos a sufrir la soledad y a manifestar un estado de ánimo depresivo (Brendgen, Vitaro, Turgeon y Poulin, 2002; Kochenderfer y Ladd, 1996; Sletta, Valas, Skaalvik y Sobstad, 1996). Cabe señalar que diversos estudios longitudinales han confirmado que las dificultades en las relaciones sociales contribuyen significativamente a la predicción de la depresión infantil (Cole, 1991; Patterson y Stoolmiller, 1991). En esta misma línea, estudios longitudinales más recientes (Katz, Conway, Hammen, Brennan y Najman, 2011; Qualter, Brown, Munn y Rotenberg, 2010) han verificado que los problemas de relación entre iguales en la infancia predicen la sintomatología depresiva en esa etapa, y también en la edad adolescente. El modelo conductual de Lewinsohn (1974) explica que las personas deprimidas no reciben suficiente refuerzo positivo de los demás debido a que sus habilidades sociales son inadecuadas para las relaciones interpersonales. Este déficit en las relaciones sociales conlleva la disminución de actividades placenteras, lo que a su vez refuerza el estado depresivo. No obstante, algunos investigadores han encontrado que los déficits en las habilidades sociales son consecuencias y no causas de la depresión (Cole y Milstead, 1989). Otros estudios señalan que el estrés social puede ser la consecuencia de las relaciones negativas con los iguales (rechazo social) durante la infancia (Boivin, Hymel y Bukowski, 1995; Nangle, Erdley, Newman, Mason, y Carpenter, 2003). Por otra parte, Flook, Repetti y Ullman (2005) trataron de aportar una explicación global a los efectos de la sintomatología depresiva en el contexto escolar. Estos autores analizaron la asociación entre las relaciones con los iguales, el rendimiento

académico y los síntomas internalizantes, y concluyeron que el desarrollo social, cognitivo y emocional están interrelacionados.

Por lo tanto, la depresión afecta a todas las áreas del funcionamiento humano (cognitivo, emocional, somático y comportamental), y representa un importante problema de salud en la etapa infantil, que puede repercutir en el ámbito educativo y, posteriormente, en la etapa adulta. Teniendo en cuenta las investigaciones previas en torno a esta temática, en este estudio se han propuesto tres objetivos principales: 1) analizar la tasa de sintomatología depresiva en una muestra de escolares de la Comunidad Autónoma del País Vasco, en función del sexo y la edad de los participantes; 2) examinar las relaciones entre la sintomatología depresiva infantil, el rendimiento académico y otras variables conductuales del ámbito clínico y escolar; y 3) obtener un modelo predictivo de la sintomatología depresiva en escolares, que ayude a detectar y a entender mejor esta patología. En base a estos objetivos, se proponen cuatro hipótesis: 1) se espera encontrar una tasa de depresión infantil en la Comunidad Autónoma del País Vasco similar a la encontrada en el estudio efectuado por Torres (1992) sobre depresión en escolares de la provincia de Gipuzkoa; 2) se espera que los niños varones presenten un menor nivel de sintomatología depresiva a medida que avancen en edad; 3) se espera hallar que cuanto más alto puntúen los escolares en sintomatología depresiva, peor

será su rendimiento académico (Semrud-Clikeman, 1991; Roeser et al., 2001), su autoestima (Cole, 1990) y su relación con los iguales (Katz et al., 2011); y 4) se espera que la ansiedad (Semrud-Clikeman, 1991) y otra serie de síntomas emocionales como, por ejemplo, el estrés social, puedan predecir la depresión.

Método

Participantes

La muestra estaba formada por 1104 escolares, 577 niñas y 527 niños de edades comprendidas entre los 8 y los 12 años ($M = 9.7$; $DT = 1.2$). De los escolares participantes, 795 realizaron las pruebas diagnósticas en euskara y 309 en castellano. Los participantes procedían de ocho centros escolares públicos y concertados de la Comunidad Autónoma del País Vasco. El 24% de los estudiantes cursaban 3º de Educación Primaria, el 24% estaba en 4º curso, el 28% en 5º y el 24% en 6º. En la Tabla 1 se puede observar la distribución de escolares por curso y sexo, en la que se comprueba que no existen diferencias significativas en la composición de la muestra respecto a estas variables, $\chi^2(3, N = 1100) = 4.71, p = .19$.

Tabla 1. Número y porcentaje de escolares por curso y sexo.

			Curso				Total
			3º	4º	5º	6º	
Sexo	Niña	Recuento	134	140	148	151	573
		% del total	12.2%	12.7%	13.5%	13.7%	52.1%
	Niño	Recuento	128	120	162	117	527
		% del total	11.6%	10.9%	14.7%	10.6%	47.9%
Total	Recuento	262	260	310	268	1100	
	% del total	23.8%	23.6%	28.2%	24.4%	100.0%	

Instrumentos de Evaluación

1. *Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes* (BASC) (Reynolds y Kamphaus, 1992; adaptación española de González, Fernández, Pérez y Santamaría, 2004). El BASC es un sistema de evaluación multidimensional diseñado para la valoración de dimensiones tanto positivas (escalas adaptativas) como negativas (escalas clínicas) del comportamiento y de la personalidad del niño o adolescente. En la presente investigación se ha utilizado el autoinforme de personalidad S2, destinado a niños con edades comprendidas entre los 8 y los 12 años. Consta de 146 enunciados y doce escalas, agrupadas en ocho escalas clínicas y cuatro escalas adaptativas. Las escalas clínicas son las siguientes: Actitud negativa hacia el colegio (sentimientos de alienación, hostilidad e insatisfacción respecto del colegio), Actitud negativa hacia los profesores (sentimientos de antipatía hacia los profesores, creencias de que los docentes son injustos, que no prestan la suficiente atención al alumnado, o que exigen demasiado), Atipicidad (tendencia a tener cambios bruscos de

ánimo, ideas extrañas, experiencias inusuales o pensamientos obsesivo-compulsivos y conductas que se consideran "raras"), Locus de control (creencia de que los premios y castigos están controlados por eventos externos o por otras personas), Estrés social (el nivel de estrés que experimentan los niños en sus interacciones con los demás), Ansiedad (sentimientos de nerviosismo, preocupación, y miedo; tendencia a sentirse desbordado por los problemas), Depresión (síntomas habituales de la depresión, incluyendo sentimientos de soledad y tristeza e incapacidad para disfrutar de la vida), y Sentido de incapacidad (percepciones de no tener éxito en el colegio, dificultad para conseguir los propios objetivos e incapacidad general). Por otra parte, las cuatro escalas adaptativas son las siguientes: Relaciones interpersonales (percepción de tener buenas relaciones sociales y amistades con los iguales), Relaciones con los padres (consideración positiva hacia los progenitores y sentimiento de que ellos le estiman), Autoestima (sentimientos de autoestima, autorrespeto y autoaceptación), y Confianza en sí mismo (confianza en la propia capacidad para resolver problemas, creencia en la

propia independencia y en la capacidad de decidir por sí mismo). En las escalas adaptativas (p.e., Autoestima) se incluyen ítems como “Tengo un aspecto agradable” y en las escalas clínicas (p.e., Depresión) “Prefiero estar solo o sola la mayor parte del tiempo”.

Las doce escalas definidas se agrupan en cuatro dimensiones globales, que según los análisis de fiabilidad realizados para este estudio, presentaban una buena consistencia interna: Ajuste personal ($\alpha = .70$), Síntomas emocionales ($\alpha = .81$), Desajuste clínico ($\alpha = .87$) y Desajuste escolar ($\alpha = .75$), ya que cumplieron el criterio de Nunnally (1978) de $\alpha \geq .70$ para considerar la fiabilidad adecuada. No obstante, la consistencia interna de las subescalas variaba de .82 (Ansiedad) a .35 (Relaciones interpersonales) siendo la mediana .67. Se utilizaron dos versiones del BASC-S2: la adaptación española de la prueba para los escolares castellanoparlantes (González et al., 2004) y la adaptación vasca para los vascoparlantes (Jaureguizar, Bernaras, Ibabe y Sarasa, 2012).

2. *Cuestionario de Depresión para niños* (CDS) (Lang y Tisher, 1983; adaptación española de Seisdedos, 2003). Se trata de un instrumento de evaluación global y específica de la depresión para niños de entre 8 y 16 años de edad. Contiene 66 elementos, 48 de tipo depresivo y 18 de tipo positivo. Estos dos conjuntos de ítems se agrupan en dos subescalas generales independientes: Total Depresivo (TD, p.e., “A menudo pienso que nadie se preocupa por mí”) y Total Positivo (TP, p.e., “Me divierto con las cosas que hago”). El TD consta de seis subescalas: Respuesta Afectiva, Problemas Sociales, Autoestima, Preocupación por la Muerte/Salud, Sentimiento de Culpabilidad y Depresivos Varios (incluye aquellas cuestiones de tipo depresivo que no pudieron agruparse para formar una entidad). El TP contiene dos subescalas: Ánimo-Alegría y Positivos Varios (incluye aquellas cuestiones de tipo positivo que no pudieron agruparse para formar una entidad y cuya ausencia puede suponer importantes manifestaciones depresivas en el niño). A los estudiantes vascoparlantes se les administró la versión de este instrumento adaptada al euskara por Balluerka, Gorostiaga y Haranburu (2012). En este estudio la consistencia interna de la dimensión Total Depresivo ($\alpha = .93$) fue excelente mientras la dimensión Total Positivo obtuvo un valor aceptable ($\alpha = .71$). Siguiendo el criterio de investigaciones previas, en la dimensión Total Depresivo (TD) se ha utilizado el decatipo 8 (puntuación directa = 167) para considerar la puntuación obtenida clínicamente significativa.

3. *Rendimiento académico*. El rendimiento académico se evaluó a través del informe de los maestros tutores. Éstos debían indicar el nivel académico de cada uno de sus estudiantes en comparación con el rendimiento medio de los compañeros de clase en una escala tipo Likert de 5 puntos: 1 (Muy por debajo de la media de la clase), 2 (Por debajo de la media de la clase), 3 (En la media de la clase), 4 (Por encima de la media de la clase), 5 (Muy por encima de la media de la clase).

Procedimiento

Para la realización de este estudio se contactó con distintos centros escolares (tanto públicos como concertados) de las tres provincias de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Un miembro del equipo se desplazó a aquellos centros que decidieron participar en la investigación, proporcionándoles información precisa acerca del estudio y pactando las condiciones del envío del protocolo de consentimiento informado a los familiares de cada niño. El alumnado participante entregó el consentimiento firmado por sus progenitores a sus respectivos maestros tutores, y se procedió a la aplicación de las pruebas.

Los dos instrumentos de evaluación empleados para este estudio (BASC S-2 y CDS, en euskara o castellano, dependiendo del perfil lingüístico del grupo al que perteneciesen los alumnos) fueron administrados de forma colectiva. El orden de administración de las pruebas fue el mismo en todos los grupos: primero el BASC S-2 y a continuación el CDS. Las instrucciones para cumplimentar los cuestionarios fueron leídas en voz alta en el aula. Los estudiantes cumplieron los dos cuestionarios en horario regular de clase, necesitando aproximadamente una hora para realizarlos. Los maestros tutores, por su parte, completaron un informe en el que indicaban el rendimiento académico de cada uno de los alumnos, a los cuales se identificaba con una clave. La aplicación de las pruebas fue realizada por psicólogas y becarias de investigación formadas con esta finalidad. Una vez finalizada la recogida de datos, se preparó un informe a cada centro escolar con los resultados generales obtenidos, y más específicamente, se señalaron los casos con sintomatología depresiva grave y los que presentaban alto riesgo de padecerlo, para que los centros escolares tomaran las medidas oportunas.

Análisis de datos

El análisis de datos se realizó con el paquete estadístico PASW Statistics 18. Se eliminaron de los análisis todos los casos que no cumplían con los criterios de validez de acuerdo con los índices F y V del BASC. En primer lugar, se calcularon los porcentajes de participantes que presentaban sintomatología depresiva según el CDS, dependiendo del sexo y la edad. Asimismo, se realizaron los correspondientes análisis de Chi-cuadrado para verificar si había diferencias en el diagnóstico de depresión en función del sexo y de la edad. En segundo lugar, se realizaron tres análisis de la varianza 2 (sexo: chico *vs.* chica) x 3 (edad de los escolares: 8-9 años; 10-11 años; 12 años) para cada una de las siguientes variables dependientes: depresión según el CDS, desajuste clínico y síntomas emocionales. Para las comparaciones múltiples *a posteriori* se aplicó la prueba HSD de Tukey. En tercer lugar, se efectuaron los análisis de la correlación de Pearson para comprobar la relación entre la sintomatología depresiva y otras variables conductuales analizadas a través del BASC. Además, se llevaron a cabo pruebas *t* de Student para com-

parar las medias en las variables del BASC de los escolares con diagnóstico y sin diagnóstico de depresión según la puntuación en Total Depresivo del CDS. Finalmente, se obtuvo un modelo de regresión múltiple predictor de la sintomatología depresiva severa de los estudiantes.

Resultados

Sintomatología depresiva en función del sexo y la edad

Según los resultados del cuestionario CDS, un 4.2 % de la muestra presentaba puntuaciones altas en sintomatología depresiva (decatipo igual o superior a 8 en la variable Total Depresivo). Atendiendo al diagnóstico clínico del CDS se encontraron diferencias en función del sexo, $\chi^2(1, N = 890) = 6.3; p = .007$: los varones (6%) presentaban un porcentaje más elevado de depresión que las niñas (2.6%). Sin embargo, la relación entre el diagnóstico de depresión y edad no llegó a ser significativa en el análisis de Chi-cuadrado de Pearson, $\chi^2(2, N = 887) = 3.4; p = .18$ (8-9 años = 5%, 10-11 años = 4%, 12 años = 0%). De todos modos, la prueba Chi-cuadrado de la razón de verosimilitud entre estas dos variables resultó ser estadísticamente significativa, $RV(2, N = 887) = 6.07, p = .05$.

En segundo lugar, para comprobar si el nivel de depresión de los niños es menor a medida que avanzan en edad, se realizó un análisis ANOVA modelo 2 x 3 con el sexo del participante (chico *vs.* chica) x edad (8-9 años; 10-11 años; y 12 años), siendo la variable dependiente la depresión (Total Depresivo del CDS). Los resultados mostraron un efecto principal significativo de la edad [$F(2, 881) = 11.42, p < .001$], y una interacción significativa entre el sexo y la edad [$F(2, 881) = 4.46, p = .01$] (ver Figura 1). No existían diferencias significativas entre niños y niñas del mismo grupo de edad, aunque según la Figura 1 parece que pudiera haber diferencias entre los niños y niñas de 12 años, (HSD Tukey_{niñas12-niños12} = 17.10; $p = .22$). Sin embargo, cabe señalar otras diferencias que sí fueron estadísticamente significativas: las niñas de 8-9 años presentaban niveles más altos de sintomatología depresiva que las niñas de 10-11 años (HSD Tukey_{niñas8-9-niñas10-11} = 12; $p = .001$), y los niños de 8-9 años mostraban niveles más altos de sintomatología depresiva que los niños de 12 años (HSD Tukey_{niños8-9-niños12} = 22.48; $p = .002$).

Asimismo, se hallaron resultados similares para dos dimensiones del BASC: en el desajuste clínico (índice general de angustia que se refleja en los problemas clínicos y de interiorización que experimenta un niño) y en el índice de síntomas emocionales (indicador de alteraciones emocionales serias, concretamente de problemas de interiorización). Por un lado, en el análisis ANOVA 2 (sexo: chico *vs.* chica) x 3 (edad: 8-9 años; 10-11 años; y 12 años) para el desajuste clínico los resultados mostraron un efecto principal significativo de la edad [$F(2, 1080) = 5.18, p = .006$], y una interacción significativa entre el sexo y la edad [$F(2, 1080) = 5.44, p = .004$] (ver Figura 2). Según los análisis post-hoc, en el

grupo de 12 años las chicas presentaban significativamente más desajuste clínico que los chicos (HSD Tukey_{niñas12-niños12} = 6.95; $p = .04$), mientras que en los otros dos grupos de edad (8-9 y 10-11 años) no había diferencias entre chicos y chicas. En cuanto a las diferencias existentes en el grupo de los chicos, atendiendo a su edad, se halló que los chicos de 8-9 años tenían niveles de desajuste clínico superiores que los de 12 años de edad (HSD Tukey_{niños8-9-niños12} = 6.67; $p = .002$). Por el contrario, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre las chicas de los tres grupos de edad.

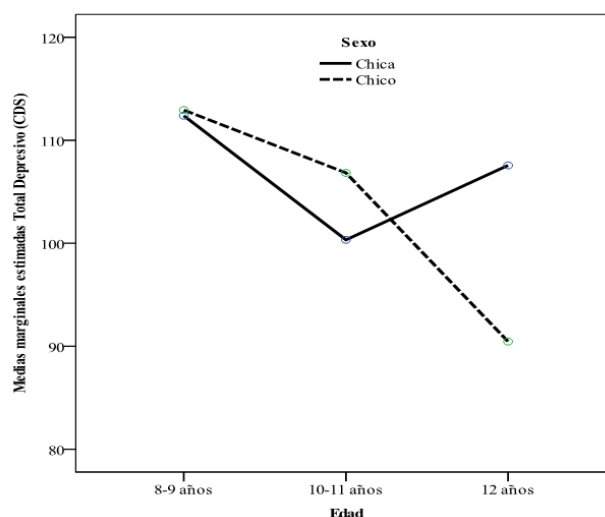


Figura 1. Niveles de sintomatología depresiva en función del sexo y la edad.

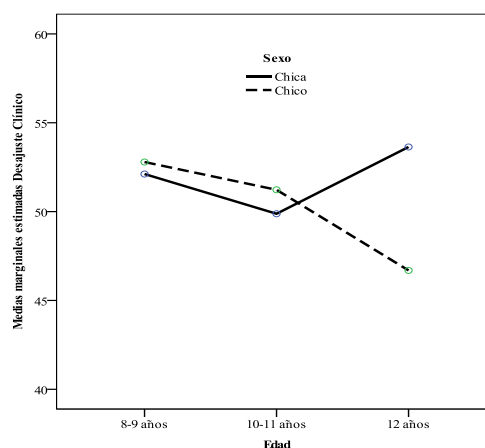


Figura 2. Niveles de desajuste clínico en función del sexo y la edad.

Por otro lado, en el análisis ANOVA 2 (sexo: chico *vs.* chica) x 3 (edad: 8-9 años; 10-11 años; y 12 años) para el índice de síntomas emocionales se encontró un efecto principal del sexo [$F(1, 1083) = 10.02, p = .002$], y una interacción significativa entre el sexo y la edad [$F(2, 1083) = 6.01, p = .003$] (ver Figura 3). Según los análisis post-hoc de Tukey, en el grupo de 12 años las chicas presentaban más síntomas emocionales que los chicos (HSD Tukey_{niñas12-niños12} = 7.34; p

= .005) mientras que en los otros dos grupos de edad no había diferencias entre chicos y chicas. Atendiendo a las diferencias entre chicos de diferentes edades, se halló que los chicos de 8-9 años presentaban más síntomas emocionales que los de 12 años ($HSD_{Tukey}^{niños8-9-niños12} = 5.01; p = .04$).

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

Con el objetivo de explorar la relación entre la sintomatología depresiva, el rendimiento académico y otras variables conductuales medidas a través del BASC, se ha elaborado la matriz de correlaciones que se presenta en la Tabla 2. La sintomatología depresiva (Total depresivo del CDS) estaba positivamente correlacionada con el desajuste clínico ($r = .66$), el desajuste escolar ($r = .24$), los síntomas emocionales ($r = .66$), el estrés social ($r = .60$), la ansiedad ($r = .54$) y el sentido de incapacidad ($r = .49$). Por el contrario, la sintomatología depresiva (Total depresivo del CDS) correlacionaba negativamente con el ajuste personal ($r = -.37$), las relaciones interpersonales ($r = -.34$), la autoestima ($r = -.28$) y con la confianza en sí mismo ($r = -.26$). En cuanto al desempeño escolar, cabe mencionar que se encontró una correlación inversa entre el rendimiento académico y la sintomatología depresiva ($r = -.10$), aunque la correlación hallada fue bastante baja. No obstante, el rendimiento académico estaba

positivamente y más estrechamente correlacionado con otras variables como el ajuste personal ($r = .29$) o la confianza en sí mismo ($r = .27$), y negativamente asociado con los síntomas emocionales ($r = -.23$) y el sentido de incapacidad ($r = -.30$).

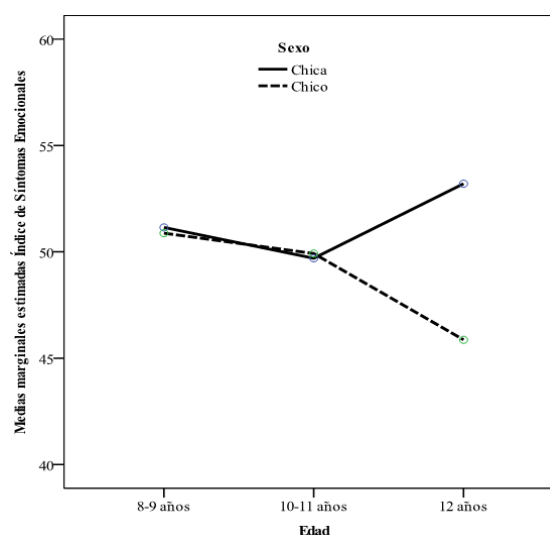


Figura 3. Niveles de síntomas emocionales en función del sexo y la edad.

Tabla 2. Medias, desviaciones típicas y correlaciones entre la sintomatología depresiva y variables del contexto escolar y clínico.

Variables	M	DT	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Sintomatología depresiva														
1. Depresión	106.94	30.76	-											
Contexto escolar														
2. Rendimiento académico	3.34	1.04	-.10**	-										
3. Relaciones entre iguales ^b	50.42	8.55	-.34**	.16**	-									
4. Sentido de incapacidad	51.06	9.32	.49**	-.30**	-.28**	-								
5. <i>Desajuste escolar</i> ^a	52.54	9.00	.24**	-.17**	-.15**	.39**	-							
Contexto clínico														
6. Estrés social	50.01	9.75	.60**	-.17**	-.60**	.51**	.26**	-						
7. Ansiedad	49.10	10.66	.54**	-.03	-.23**	.44**	.14**	.51**	-					
8. Autoestima	50.43	8.59	-.28**	.12**	.30**	-.29**	-.25**	-.37**	-.17**	-				
9. Confianza en sí mismo	48.71	10.27	-.26**	.27**	.29**	-.31**	-.29**	-.30**	-.17**	.31**	-			
10. <i>Ajuste personal</i> ^a	48.98	8.41	-.37**	.29**	.62**	-.39**	-.35**	-.51**	-.18**	.67**	.73**	-		
11. <i>Desajuste clínico</i> ^a	51.38	9.98	.67**	-.12**	-.37**	.61**	.28**	.67**	.83**	-.29**	-.24**	-.34**	-	
12. <i>Síntomas emocionales</i> ^a	50.37	8.75	.66**	-.23**	-.66**	.73**	.34**	.84**	.67**	-.57**	-.40**	-.66**	.80**	-

** La correlación es significativa al nivel .01 (bilateral). ^a Dimensiones globales del BASC. ^b En el BASC se denomina relaciones interpersonales.

Para conocer las características psicológicas de los escolares que habían obtenido un resultado positivo en las pruebas de depresión, se realizaron diversas comparaciones de medias en función del diagnóstico positivo o negativo de depresión ("Sí", si se encontraba en el decatipo 8 o superior del CDS; "No", si se encontraba por debajo del decatipo 8). Las variables que resultaron significativas se agrupan en cin-

co dimensiones: relaciones sociales, autoconcepto, desajuste y síntomas emocionales (ver Tabla 3). Los resultados mostraron que el grupo de estudiantes con diagnóstico positivo en depresión presentaba más problemas en las relaciones sociales, peor autoconcepto, mayor desajuste (escolar, clínico y personal) y más síntomas emocionales que el grupo de diagnóstico negativo.

Tabla 3. Comparación de medias entre el grupo de escolares con diagnóstico clínico de depresión y el grupo que no tiene dicho diagnóstico.

Variables	Depresivos (n = 38)	No depresivos (n = 856)	t	gl	p
Relaciones sociales					
Estrés social	62.31	49.13	6.36	36.70	.000
Relaciones con iguales	44.97	50.91	-2.54	36.05	.014
Autoconcepto					
Autoestima	45.50	50.78	-2.60	37.57	.013
Confianza en sí mismo	41.86	49.24	-3.47	36.82	.001
Sentido de incapacidad	60.58	50.27	5.53	36.87	.000
Desajuste					
Desajuste escolar	64.50	50.28	2.64	882	.008
Desajuste clínico	60.50	50.28	8.64	878	.000
Ajuste personal	42.36	49.49	-4.08	36.87	.000
Síntomas emocionales					
Índice de síntomas emocionales	62.33	49.49	7.07	36.72	.000
Ansiedad	57.89	48.44	5.54	38.46	.000
Locus de control externo	60.58	49.47	6.80	37.54	.000

Nota: En los casos en los que la prueba de Levene es significativa en la tabla se presentan los resultados correspondientes a la no asunción de igualdad de varianzas.

Modelo de predicción de la sintomatología depresiva

A través de un análisis de regresión lineal múltiple se determinó un modelo de predicción de la sintomatología depresiva de los estudiantes. La combinación de cinco variables independientes (estrés social, ansiedad, sentido de incapacidad, autoestima y edad) predecía la depresión $F(5, 876) = 163.08, p < .001$. El valor de R^2 fue de .48, lo que indica que el 48% de la varianza en la depresión de los estudiantes podía ser explicado por este modelo. En la Tabla 4 se recogen los valores *Beta*, que muestran que la variable que más contribuye a la predicción de los síntomas depresivos es el estrés social, seguido de la ansiedad, del sentido de incapacidad, de la edad y de la autoestima.

Tabla 4. Modelo de regresión lineal predictor de la depresión.

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t
	B	Error típico	Beta	
Constante	33.31	10.68		3.12*
Estrés social	1.03	.10	.33	10.26**
Ansiedad	.85	.08	.30	10.07**
Sentido incapacidad	.58	.10	.17	5.79**
Edad	-3.80	.64	-.15	-5.95**
Autoestima	-.22	.09	-.06	-2.35*

Variable dependiente: Total depresivo

** $p < .001$; * $p < .05$

Discusión

El primer objetivo del presente estudio era analizar la tasa de sintomatología depresiva en una muestra de escolares de la Comunidad Autónoma del País Vasco, partiendo de la hipótesis que estimaba que la tasa de depresión infantil en dicha Comunidad Autónoma se mantendría estable en las últimas dos décadas (con respecto al trabajo de Torres, 1992). En el estudio de Torres (1992) los escolares guipuzcoanos alcanzaban un porcentaje de depresión de 3.9% y, en función de los resultados del presente estudio, el 4.2% de la población

escolar analizada mostraba sintomatología depresiva. Los porcentajes de niños con una puntuación positiva en depresión son muy similares en ambos estudios, aunque cabe señalar que la comparabilidad de los dos estudios es discutible ya que la población analizada en la vigente investigación corresponde a la totalidad de la Comunidad Autónoma del País Vasco frente a la población guipuzcoana analizada por Torres (1992) y, además, las pruebas administradas para el diagnóstico de la depresión en ambos estudios también son diferentes (CDS en este estudio y CDI en el estudio de Torres, 1992).

Los resultados sobre el porcentaje de sintomatología depresiva encontrados en este estudio son muy similares a los encontrados en otros estudios procedentes de otros países y culturas (Cohen et al., 1993; Costello et al., 1996; Fleming y Offord, 1990; Polaino-Lorente y Domenech, 1993; Puura et al., 1997). Sin embargo, estos porcentajes se alejan bastante de los resultados hallados en otros estudios que señalan que entre el 10 y 15% de la población infantil de Educación Primaria presenta síntomas depresivos significativos (Hammen y Rudolph, 1996; Liu et al., 1999; Vinaccia et al., 2006) o los estudios que sitúan esos índices en un 23.6% (Steinhausen y Winkler Metzke, 2003). Probablemente, el empleo de distintas pruebas diagnósticas y la realización de los estudios en diferentes culturas, junto con otros factores de las poblaciones analizadas (muestras clínicas o población general), pueden explicar las diferencias encontradas. Los resultados del presente estudio no indican que nos encontremos ante una epidemia del trastorno depresivo en la infancia. En la línea de lo indicado por Costello et al. (2006), es probable que en la práctica clínica se encuentren unos niveles ligeramente superiores con respecto a 20 años atrás, pero ello puede deberse, en parte, a una mayor conciencia del problema, y a que se disponen de mejores procedimientos para el diagnóstico del trastorno.

Se han examinado las diferencias en la sintomatología depresiva atendiendo al sexo y a la edad, ya que se partía de

la hipótesis de que los chicos mostrarían menores niveles de síntomas depresivos a medida que avanzaran en edad. La hipótesis planteada fue confirmada, ya que el grupo de estudiantes varones más jóvenes (8-9 años) presentaba niveles de sintomatología depresiva más altos que los de mayor edad (12 años), resultado congruente con el hallado en el estudio de Torres (1992). En el caso de las niñas la sintomatología depresiva no sigue una tendencia descendente, sino que a los 12 años se observa un repunte de esta sintomatología, pudiendo ser indicador de un mayor desasosiego emocional a medida que se acerca la adolescencia. Además, el hecho de que el perfil evolutivo de la sintomatología depresiva fuera similar al perfil de desajuste clínico y síntomas emocionales, apoyaría dicha tendencia. Este resultado es consistente con las conclusiones de estudios previos que indican que la tasa de niños y niñas con sintomatología depresiva es aproximadamente la misma hasta los 12 años, edad a partir de la cual la incidencia es mucho mayor en las chicas (Angold, Erkanli, Silberg, Eaves y Costello, 2002; Del Barrio, López y Moreno, 1997). Por lo tanto, los resultados han confirmado una interacción significativa entre el sexo y la edad, lo que avala la perspectiva evolutiva de la depresión infantil (Cicchetti et al., 1994; Compas et al., 1995): no sólo existen diferencias en función del sexo, sino que éstas deben ser entendidas teniendo en cuenta los diferentes niveles de edad.

Un segundo objetivo del estudio era analizar las relaciones entre la sintomatología depresiva infantil, el rendimiento académico y otras variables conductuales del ámbito clínico y escolar. La hipótesis que postula que a mayor nivel de sintomatología depresiva observada en los escolares peor sería su rendimiento académico, su autoestima y su relación con los iguales fue confirmada. Los resultados muestran una correlación inversa y significativa entre la sintomatología depresiva y el rendimiento académico. De todos modos, la correlación entre la depresión y el rendimiento académico no era elevada ($r = -.10$), resultados que coinciden con los obtenidos por otros estudios (Brendgen et al., 2002; Cole, 1991; Herman et al., 2008; Kochenderfer y Ladd, 1996; Lehtinen et al. 2006; Patterson y Stoolmiller, 1991; Roeser et al., 2001; Sletta et al., 1996; Torres, 1992). La sintomatología depresiva también estaba positivamente asociada a la ansiedad, al estrés social, al sentido de incapacidad y negativamente al ajuste personal, las relaciones interpersonales, la autoestima y a la confianza en sí mismo (ver Figura 4). En este sentido,

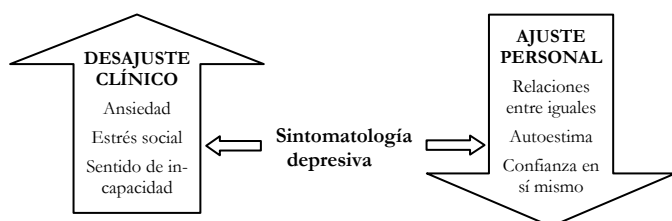


Figura 4. Variables asociadas a la sintomatología depresiva.

parece lógico pensar que los escolares con sintomatología depresiva que sienten que no tienen buenas y adecuadas relaciones sociales presenten un elevado nivel de estrés social, y esta situación puede provocar que no alcancen sus objetivos académicos, que incrementen su percepción de no tener éxito en el colegio y, en consecuencia, se produzca una disminución de la autoestima y de la confianza en sí mismos.

El tercer y último objetivo del estudio era llegar a un modelo predictor de la sintomatología depresiva en escolares, partiendo de la hipótesis de que el rendimiento académico, la autoestima y la relación con los iguales tendrían relaciones significativas con la sintomatología depresiva, en la línea de lo hallado por Flook et al. (2005). Por un lado, aunque el rendimiento académico correlacionaba negativamente con la depresión, no ha resultado ser una variable predictora de la sintomatología depresiva. No obstante, se han hallado otros factores predictores que tienen una importante base emocional, social y cognitiva: la ansiedad, el estrés social, el sentido de incapacidad y la autoestima. La variable que hace referencia a las relaciones con los iguales, el estrés social (entendido como el nivel de estrés que experimentan los niños en sus interacciones con los demás), se ha mostrado como uno de los predictores de mayor importancia, coincidiendo con los resultados de Qualter et al. (2010). En este mismo sentido, Boivin et al. (1995) y Nangle et al. (2003) entendían que el estrés social puede ser la consecuencia de las relaciones negativas con los iguales. Además del estrés social, también se ha hallado que la ansiedad es un factor predictor significativo. Existen evidencias empíricas procedentes de investigaciones previas que confirman que en el contexto escolar, la ansiedad suele estar muy presente en los escolares que padecen depresión (Suhreke y de Paz Nieves, 2011), por lo que puede ser un indicador importante a tener en cuenta para la detección del trastorno que nos concierne. Por último, el sentido de incapacidad y la autoestima, confirman la importancia de los aspectos cognitivos en la depresión: la percepción que los escolares tienen de sí mismos como sujetos poco capaces en sus tareas escolares o incompetentes en general y su falta de autoaceptación estaría relacionada con la presencia de sintomatología depresiva, en la línea de lo hallado en otros estudios (Bos et al., 2010; Orth et al., 2009).

Los resultados de este estudio podrían ajustarse a la perspectiva defendida por Flook et al. (2005), en la que el desarrollo social (estrés social), emocional (ansiedad) y cognitivo (sentido de incapacidad y autoestima) están interrelacionados, generando un modelo predictivo de la depresión en el contexto escolar, sin olvidar el efecto de la edad en todo ello. Los resultados en cierta manera son novedosos, porque apoyan la idea de que los aspectos sociales y emocionales son los que más peso tienen en la predicción de la sintomatología depresiva infantil. Además, la interacción significativa encontrada entre el sexo y la edad para el desajuste clínico y emocional indica que a los 12 años las niñas registran mayores niveles de desajuste que los niños. Estos hallazgos son muy sólidos, porque se trata de una investigación con un tamaño de muestra considerable, y la adminis-

tración de pruebas estandarizadas, adaptadas y ampliamente utilizadas a nivel internacional, hace que estos resultados deban ser tenidos en cuenta en el ámbito de la investigación de la depresión infantil. Dado que el ámbito escolar es uno de los principales espacios de socialización y desarrollo de los niños, podría constituir uno de los contextos de aplicación de medidas para la detección precoz de la sintomatología depresiva de los escolares. Habría que destacar el término “precoz”, ya que no se debería esperar a la adolescencia para llegar a un diagnóstico de este trastorno. Según el presente estudio y otros estudios similares, los síntomas depresivos ya están presentes hacia los 8-9 años de edad.

La principal limitación de esta investigación sería que, tal y como ocurre en las investigaciones transversales, no se puede establecer la dirección de la causalidad. Así, es posible que la presencia de la depresión aumente la probabilidad de que los niños tengan problemas en las relaciones sociales con sus iguales, pero es igualmente posible que una causa importante de la depresión infantil sean las dificultades en las relaciones sociales. Una segunda limitación del presente estudio estaría relacionada con la metodología de recogida de datos, ya que solamente se ha evaluado la sintomatología depresiva a través de un informante (el propio niño/a). A estas edades los escolares podrían tener dificultades para expresar sus sentimientos y emociones, y hubiera resultado interesante recoger información de los progenitores y profesorado sobre los síntomas depresivos de los escolares utilizando algún instrumento validado y adaptado a la población estudiada u otros métodos de evaluación. Para ello, se podrían utilizar entrevistas (semi)estructuradas en momentos diferentes, teniendo en cuenta la variabilidad emocional a estas edades. No obstante, hay que señalar que en trabajos previos

cuando se han utilizado diferentes fuentes de información (maestros/tutores y progenitores) para analizar las tasas de sintomatología depresiva en niños y niñas de 8 a 15 años, los resultados no han sido concordantes. Por ejemplo, Rivas, Vázquez y Pérez (1995) encontraron que la prevalencia de los síntomas clínicos de la depresión en función de los progenitores, profesores y niños era de un 9%, 26% y 13% respectivamente. Por lo tanto, resulta evidente la necesidad de seguir investigando sobre los instrumentos de detección de la sintomatología depresiva infantil a través de diferentes informantes.

De cara a futuros estudios, se podrían plantear tres posibles líneas de investigación: 1) determinar la influencia del desarrollo y del autoconcepto físico así como de la presión social (por la imagen corporal o los deportes competitivos) sobre la sintomatología depresiva. Por ejemplo, sería interesante tener en cuenta si las niñas han tenido o no el primer período, ya que la pubertad podría explicar en parte el aumento de la sintomatología depresiva constatada en las niñas a los 12 años; 2) profundizar en la asociación entre las relaciones con los iguales y los síntomas depresivos ampliando el intervalo de edad de los participantes desde el comienzo de la etapa infantil hasta terminar la adolescencia; y 3) elaborar y evaluar programas de prevención con respecto a la depresión a edades tempranas, teniendo en cuenta que hacia los 8 años la sintomatología depresiva alcanza cotas bastante considerables tanto en los niños como en las niñas.

Agradecimientos.- Esta investigación ha sido financiada por el Vicerrectorado de Investigación de la Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea (EHU 09/15).

Referencias

- American Psychiatric Association, APA. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (4th ed.). Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association.
- Angold, A., Erkanli, A., Farmer, E. M. Z., Fairbank, J. A., Burns, B. J., Keeler, G. y Costello, E. J. (2002). Psychiatric disorder, impairment, and service use in rural African American and White youth. *Archives of General Psychiatry*, 59, 893-901.
- Angold, A., Erkanli, A., Silberg, J., Eaves, L. y Costello, E. J. (2002). Depression scale scores in 8-17-year-olds: Effects of age and gender. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 1052-63.
- Balluerka, N., Gorostiaga, A. y Haranburu, M. (2012). Validación del CDS (Escala de Depresión Infantil) en población vascoparlante. *The Spanish Journal of Psychology*, 15, 1400-1410.
- Boivin, M., Hymel, S. y Bukowski, W. M. (1995). The roles of social withdrawal, peer rejection, and victimisation by peers in predicting loneliness and depressed mood in childhood. *Development and Psychopathology*, 7, 765-785.
- Bos, A. E. R., Huijding, J., Muris, P., Vogel, L. R. R. y Biesheuvel, J. (2010). Global, contingent and implicit self-esteem and psychopathological symptoms in adolescents. *Personality and Individual Differences*, 48, 311-316.
- Brendgen, M., Vitaro, F., Turgeon, L. y Poulin, F. (2002). Assessing aggressive and depressed children's social relations with classmates and friends: A matter of perspective. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 609-624.
- Cicchetti, D., Rogosch, F. A. y Toth, S. L. (1994). A developmental psychopathology perspective on depression in children and adolescents. En W.M. Reynolds y H.G. Johnston (Eds.), *Handbook of depression in children and adolescents* (pp. 123-141). New York: Plenum Press.
- Cohen, P., Cohen, J., Kasen, S., Velez, C. N., Hartmark, C., Johnson, J., Rojas, M., Brook, J. y Streuning, E. L. (1993). An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence: I. Age and gender-specific prevalence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 851-867.
- Cole, D. A. y Miltstead, M. (1989). Behavioral correlates of depression: Antecedents or consequences? *Journal of Counseling Psychology*, 36, 408-416.
- Cole, D. A. (1990). The relation of social and academic competence to depressive symptoms in childhood. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 422-429.
- Cole, D. A. (1991). Preliminary support for a competency-based model of depression in children. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 181-190.
- Costello, E. J., Angold, A., Burns, B. J., Stangl, D. K., Tweed, D. L., Erkanli, A. y Worthman, C. L. (1996). The Great Smoky Mountains Study of Youth: Goals, designs, methods, and the prevalence of DSM-III-R disorders. *Archives of General Psychiatry*, 53, 1129-1136.
- Costello, E. J., Erkanli, A. y Angold, A. (2006). Is there an epidemic of child or adolescent depression? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 1263-1271.
- Compas, B. E., Hinden, B. R. y Gerhardt, C. A. (1995). Adolescent Development: Pathways and Processes of Risk and Resilience. *Annual Review of Psychology*, 46, 265-296.
- Del Barrio, V. (2000). *La depresión infantil. Factores de riesgo y posibles soluciones*. Málaga: Aljibe.
- Del Barrio, V., Moreno, C. y López, R. (1997). Ecology of depression in Spanish children. *European Psychologist*, 2, 18-27.

- Fleming, J. E. y Offord, D. R. (1990). Epidemiology of childhood depressive disorders: A critical review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 571-580.
- Flook, L., Repetti, R. L. y Ullman, J. B. (2005). Classroom social experiences as predictors of academic performance. *Developmental Psychology*, 41, 319-327.
- González, J., Fernández, S., Pérez, E. y Santamaría, P. (2004). *Adaptación española del sistema de evaluación de la conducta en niños y adolescentes: BASC*. Madrid: TEA Ediciones.
- Hammen, C. y Rudolph, K. D. (1996). Childhood depression. En E.J. Mash y R.A. Barkley (Eds.). *Child psychopathology* (pp. 153-195). New York: Guilford Press.
- Hammen, C. (2005). Stress and depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 293-319.
- Herman, K. C., Lambert, S., Ialongo, N. y Ostrander, R. O. (2007). Academic pathways between attention problems and depressive symptoms among urban African American children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 265-274.
- Herman, K. C., Lambert, S., Reinke, W. M. y Ialongo, N. (2008). Low academic competence in first grade as a risk factor for depressive cognitions and symptoms in middle school. *Journal of Counseling Psychology*, 55, 400-410.
- Jaureguizar, J., Bernaras, E., Ibabe, I. y Sarasa, M. (2012). Desajuste escolar, clínico y emocional en escolares de 8 a 12 años: adaptación del Behavior Assessment System for Children en su versión de Autoinforme (BASC-S2) a la población vascoarabante. *Revista de Psicodidáctica*, 17, 415-439.
- Katz, S. J., Conway, C. C., Hammen, C. L., Brennan, P. A. y Najman, J. M. (2011). Childhood social withdrawal, interpersonal impairment, and young adult depression: a mediational model. *Journal of Abnormal Child Psychology*, DOI 10.1007/s10802-011-9537-z
- Kaslow, N. J., Brown, R. T. y Mee, L. L. (1994). Cognitive and behavioral correlates of childhood depression: A developmental perspective. En W.M. Reynolds, y H.F. Johnston (Eds.), *Handbook of depression in children and adolescents, Issues in clinical child psychology* (pp. 97-121). New York: Plenum Press.
- Kochenderfer, B. J. y Ladd, G. W. (1996). Peer victimization: Cause or consequence of school maladjustment? *Child Development*, 67, 1305-1317.
- Kovacs, M., Freinberg, T., Crouse-Novak, M., Paulauskas, S. y Filkenstein, R. (1984). Depressive disorders in childhood: I. A longitudinal prospective study of characteristics and recovery. *Archives of General Psychiatry*, 41, 229-237.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory, CDI*. Toronto: Multi-Health Systems, Inc.
- Lang M. y Tisher M. (1983). *Children's Depression Scale, second research edition*. Camberbell, Victoria, Australia: Australian Council for Educational Research.
- Lehtinen, H., Räikkönen, K., Heinonen, K., Raitakari, O. T. y Keltikangas-Järvinen, L. (2006). School performance in childhood and adolescence as a predictor of depressive symptoms in adulthood. *School Psychology International*, 27, 281-295.
- Levendosky, A. A., Okun, A. y Parker, J. G. (1995). Depression and maladjustment as predictors of social competence and social problem-solving skills in school-age children. *Child Abuse & Neglect*, 19, 1183-1195.
- Lewinsohn, P. M. (1974). The behavioral study and treatment of depression. En K.S. Calhoun, H.E. Adams y K.M. Mitchell (Eds.), *Innovative treatment methods in psychopathology*. New York: Wiley.
- Liu, X. C., Kurita, H., Guo, C., Miyake, Y., Ze, J. y Cao, H., (1999). Prevalence and risk factors of behavioral and emotional problems among Chinese children aged 6 through 11 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 708-715.
- López Soler, C. y López-Pina, J. A. (1998). La depresión en la infancia desde la perspectiva de las taxonomías empíricas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 3, 95-102.
- López Soler, C., Alcántara, M. V., Fernández, V., Castro, M. y López Pina, J. A. (2010). Características y prevalencia de los problemas de ansiedad, depresión y quejas somáticas en una muestra clínica infantil de 8 a 12 años, mediante el CBCL (Child Behavior Checklist). *Anales de Psicología*, 26, 325-334.
- Marsh, H. W. y Hau, K. T. (2003). Big-fish-little-pond effect on academic self-concept: A cross-cultural (26 country) test of the negative effects of academically selective schools. *American Psychologist*, 58, 364-376.
- Metalsky, G. I., Joiner, T. E., Hardin, T. S. y Abramson, L. Y. (1993). Depressive reactions to failure in a naturalistic setting: A test of the hopelessness and self-esteem theories of depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 101-109.
- Najman, J. M., Heron, M. A., Hayatbakhsh, M. R., Dingle, K., Jamrozik, K., Bor, W., et al. (2008). Screening in early childhood for risk of later mental health problems: A longitudinal study. *Journal of Psychiatry Research*, 42, 694-700.
- Nangle, D. W., Erdley, C. A., Newman, J. E., Mason, C. A. y Carpenter, E. M. (2003). Popularity, friendship quantity, and friendship quality: interactive influences on children's loneliness and depression. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32, 546-555.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory*. (2ª ed.). New York: McGraw-Hill
- OMS: http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/# Página consultada el 16 de septiembre de 2011.
- Orth, U., Robins, R. W. y Roberts, B. W. (2008). Low self-esteem prospectively predicts depression in adolescence and young adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95, 695-708.
- Orth, U., Robins, R. y Meier, L. L. (2009). Disentangling the effects of low self-esteem and stressful life events on depression: Findings from three longitudinal studies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97, 307-321.
- Patterson, G. R. y Stoolmiller, M. (1991). Replications of a dual failure model for boys' depressed mood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 491-498.
- Polaino-Lorente, A. y Domènech, E. (1993). Prevalence of childhood depression: Results of the first study in Spain. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 1007-1017.
- Puura, K., Tamminen, T., Almqvist, F., Kresanov, K., Kumpulainen, K., Moilanen, I. y Koivisto, A. M. (1997). Should depression in young children be diagnosed with different criteria? *European Child and Adolescent Psychiatry*, 6, 12-19.
- Qualter, P., Brown, S. L., Munn, P. y Rotenberg, K. J. (2010). Childhood loneliness as a predictor of adolescent depressive symptoms: an 8-year longitudinal study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 19, 493-501
- Reynolds, C. R. y Kamphaus, R. W. (1992). *Behavior assessment system for children (BASC)*. Circle Pines, MN: American Guidance Services.
- Rivas, M., Vázquez, J. L. y Pérez, M. (1995). Alteraciones psicopatológicas en la infancia: El niño de E.G.B. *Psicothema*, 7, 513-526.
- Roeser, R. W., Van der Wolf, K. y Strobel, K. R. (2001). On the relation between social-emotional and school functioning during early adolescence. Preliminary findings from Dutch and American samples. *Journal of School Psychology*, 39, 111-139.
- Seisdedos, N. (2003). *Cuestionario de Depresión para Niños. Manual*. (7ª ed.). Madrid: TEA Ediciones.
- Semrud-Clikeman, M. (1991). Comorbidity of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Major Depressive Disorder. *Child Assessment News*, 2, 1-3.
- Sletta, O., Valas, H., Skaalvik, E. y Sobstad, F. (1996). Peer relations, loneliness, and self-perceptions in school-aged children. *British Journal of Educational Psychology*, 66, 431-445.
- Steinhausen, H.C. y Winkler Metzke, C. (2003). Prevalence of affective disorders in children and adolescents: Findings from the Zurich Epidemiological Studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 418, 20-23.
- Suhrcke, M. y de Paz Nieves, C. (2011). *The impact of health and health behaviours on educational outcomes in high-income countries: a review of the evidence*. Copenhagen: WHO regional Office for Europe.
- Torres, B. (1992). *Depresión infantil: estudio epidemiológico en la población guipuzcoana y análisis de la transmisión intergeneracional de la patología depresiva*. Bilbao: Servicio Editorial Universidad del País Vasco.
- Vinaccia, S., Gaviña, A. M., Atehortúa, L. F., Martínez, P. H., Trujillo, C. y Quiceno, J. M. (2006). Prevalencia de la depresión en niños escolarizados entre 8 y 12 años del oriente antioqueño a partir del "Child depression inventory"-CDI-. *Revista Diversitas-Perspectivas en Psicología*, 2, 217-227.

(Artículo recibido: 12-10-2011, revisión: 23-01-2012, aceptado: 01-02-2012)