

**Acontecimientos vitales y su impacto
sobre los síntomas y los trastornos
emocionales en adolescentes**

Estrella Ferreira García



Universitat Autònoma de Barcelona

Departamento de Psicología Clínica y de la Salud
Facultad de Psicología

Programa de Doctorado:
PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD

TESIS DOCTORAL

**Acontecimientos vitales y su impacto
sobre los síntomas y los trastornos
emocionales en adolescentes**

Estrella Ferreira García

Directora:

Dra. Edelmira Domènech-Llaberia

Barcelona, 2013

AGRADECIMIENTOS

Una vez leí una cita de William Arthur Ward que decía: 'El educador mediocre habla, el buen educador explica, el educador superior demuestra, y el gran educador inspira'. Por lo que basándome en ella doy las gracias a mi tutora la Dra. Edelmira Domènech-Llabería por su gran capacidad para inspirar. Ha sido un placer.

Ha sido una suerte también haber podido contar con Kelly Romero, Zahra Noorian y Ruth Sánchez, juntas formamos un gran equipo de investigación y sin su esfuerzo esta tesis no habría sido lo que es hoy y sin ustedes no habría disfrutado tanto por el camino. Muchas gracias a todas.

Finalmente agradezco a mi familia su apoyo incondicional, a mis amigos su capacidad para aguantar divagaciones relacionadas con mi estudio, y a todos los que aportaron su grano de arena por conseguir que esta fuera la mejor de mis playas. Gracias a todos por haber sido tan comprensivos y por el apoyo que me han dado. Sin ustedes no habría llegado tan lejos. Gracias de todo corazón.

Barcelona, 18 de septiembre de 2013.

*“La vida no es la que uno vivió,
sino la que uno recuerda,
y como la recuerda para contarla”*

Gabriel García Márquez

ÍNDICE

LISTA DE TABLAS	1
LISTA DE ILUSTRACIONES	3
PRESENTACIÓN	5
1. INTRODUCCIÓN	9
1.1. Acontecimientos vitales	11
1.1.1. Acontecimientos vitales: Clasificación	12
1.1.2. Acontecimientos vitales: Ciclo evolutivo	13
1.1.3. Acontecimientos vitales: Resiliencia	14
1.1.4. Acontecimientos vitales: Alteraciones psicológicas	15
1.2. Trastornos Depresivos	17
1.2.1. Trastorno de Depresión Mayor	18
1.2.2. Trastorno Distímico	19
1.2.3. Epidemiología de los Trastornos Depresivos	19
1.2.4. Factores condicionantes de los Trastornos Depresivos	21
1.3. Trastornos de Ansiedad	22
1.3.1. Fobia Social	22
1.3.2. Fobia Específica	23
1.3.3. Trastorno de Ansiedad Generalizada	24
1.3.4. Trastorno de Ansiedad de Separación	25
1.3.5. Trastorno Obsesivo-Compulsivo	26
1.3.6. Trastorno de Angustia	27
1.3.7. Agorafobia	27
1.3.8. Epidemiología de los Trastornos de Ansiedad	28
1.3.9. Factores condicionantes de los Trastornos de Ansiedad	29

2. OBJETIVOS	31
3. HIPÓTESIS	35
4. DISEÑO Y PROCEDIMIENTOS	39
4.1. Participantes	41
4.2. Instrumentos	42
4.3. Procedimiento	47
4.4. Análisis estadísticos	51
5. ESTUDIO I: Acontecimientos vitales y sintomatología depresiva en población española adolescente	55
6. ESTUDIO II: Acontecimientos vitales y sintomatología ansiosa en población española adolescente	67
7. ESTUDIO III: Epidemiología de los trastornos depresivos en adolescentes en relación con los acontecimientos vitales y las características demográficas	75
8. ESTUDIO IV: Epidemiología de los trastornos de ansiedad en adolescentes en relación con los acontecimientos vitales y las características demográficas	85
9. DISCUSIÓN GENERAL Y CONCLUSIONES	97
10. PUNTOS FUERTES, LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN ..	103
10.1. Puntos fuertes	105
10.2. Limitaciones	106
10.3. Futuras líneas de investigación	107
REFERENCIAS	109

ANEXOS	127
Anexo I. Cuadernillo para participantes	129
Anexo II. Carta de aprobación de la investigación emitida por la Comisión de Ética en Experimentación Humana de la Universidad Autónoma de Barcelona	140
Anexo III. Informe favorable de la Comisión de Investigación de la Universidad Autónoma de Barcelona	141
Anexo IV. Carta de presentación para las familias y documento de consentimiento informado I	142
Anexo V. Carta de presentación para las familias y documento de consentimiento informado II	143

LISTA DE TABLAS

Tabla 1.	Sujetos, instrumentos y análisis estadísticos para cada uno de los estudios que configuran esta tesis	53
Tabla 2.	Descriptivos de la muestra – Estudios I y II	58
Tabla 3.	Descriptivos de las variables – Estudios I y II	59
Tabla 4.	Asociación entre los AV y la puntuación total del CDI	60
Tabla 5.	Asociación entre el total de AV por subtipos y la puntuación total del CDI	61
Tabla 6.	Asociación entre el nivel de afectación de AV por subtipos y la puntuación total del CDI	62
Tabla 7.	Asociación entre los AV y la puntuación total del SCARED	70
Tabla 8.	Asociación entre el total de AV por subtipos y la puntuación total del SCARED	71
Tabla 9.	Asociación entre el nivel de afectación de AV por subtipos y la puntuación total del SCARED	72
Tabla 10.	Descriptivos de la muestra general – Estudio III	78
Tabla 11.	Correlaciones entre variables – Estudio III	79
Tabla 12.	Efecto de los AV negativos en los trastornos depresivos	80
Tabla 13.	Efecto del impacto percibido por los AV en los trastornos depresivos	81
Tabla 14.	Efecto de las características demográficas en los trastornos depresivos	82

Tabla 15.	Descriptivos de la muestra general – Estudio IV	89
Tabla 16.	Correlaciones entre variables – Estudio IV	90
Tabla 17.	Efecto de los AV negativos en los trastornos de ansiedad	91
Tabla 18.	Efecto del impacto percibido por los AV en los trastornos de ansiedad	92
Tabla 19.	Efecto de las características demográficas en los trastornos de ansiedad	93

LISTA DE ILUSTRACIONES

Figura 1.	Distribución de la muestra	43
Figura 2.	Procedimiento	49
Figura 3.	Esquema del flujo de participantes de la investigación en los diferentes estudios y cronología	50
Figura 4.	Trastornos depresivos: controles vs. casos	77
Figura 5.	Trastornos de ansiedad: controles vs. casos	88

PRESENTACIÓN

Nuestra existencia se basa en un constante cúmulo de acontecimientos vitales, que no son más que experiencias que alteran la actividad habitual del individuo y provocan un cambio y la necesidad de un reajuste orgánico y/o conductual. Estas experiencias que pueden ser positivas o negativas, familiares o sociales, escolares o laborales, estresantes o placenteras, pueden o no afectarnos, y ésta es la clave para valorar si el cambio o el reajuste que requieren conllevan o no alteraciones psicológicas.

El estudio de cómo los acontecimientos vitales afectan al individuo y promueven la aparición de patología psicológica ha sido ampliamente estudiado en población adulta, pero en niños y adolescentes su estudio es mucho más reciente y por tanto, aunque nos parezca que poseemos gran información al respecto, aún nos queda mucho que estudiar y más concretamente en nuestra población, pues los cambios sociales que están teniendo lugar en las últimas décadas (dinámica social, migración, educación, desarrollo tecnológico, inmersión cultural, etc.) pueden mostrar diferentes resultados a los encontrados hasta ahora.

Se plantea por tanto, la necesidad de conocer la influencia que los diferentes tipos de acontecimientos vitales puedan llegar a tener en la aparición de los trastornos del estado de ánimo y de los trastornos ansiosos en nuestro país, especialmente en población adolescente (que resulta característicamente vulnerable por la tasa de cambios que en este periodo tienen lugar), para así poder determinar cuáles son las necesidades terapéuticas, sociales y asistenciales necesarias para hacer frente a este tipo de patología, y para realizar acciones de prevención o contención en función de la influencia que pueda generar cada experiencia.

Con esta idea surge la presente tesis doctoral (que forma parte de una amplia investigación epidemiológica de los trastornos emocionales de ansiedad y depresión), y cuyo objetivo principal es el estudio de la relación entre la prevalencia de los trastornos de ansiedad y depresión, y los acontecimientos vitales en adolescentes con edades comprendidas entre los 13 y los 18 años escolarizados en la población de Rubí (Barcelona, España).

A nivel conceptual, esta tesis doctoral se divide en tres partes. La primera se centra en la descripción teórica tanto del tema a tratar como del diseño, los métodos, el procedimiento, así como de los objetivos e hipótesis en los que se centra este trabajo. La segunda parte la componen los estudios empíricos realizados, y la tercera expone las conclusiones generales además de las implicaciones futuras. A continuación se describen cada una de las partes de la tesis a partir de los capítulos que las componen.

1ª Parte – Descripción teórica

En el *Capítulo 1* se presenta una revisión teórica del tema de estudio, presentando en continuo la situación pasada y actual de estudios de los trastornos del estado de ánimo y los trastornos de ansiedad realizados tanto en España como en el extranjero, que relacionan estos trastornos con los acontecimientos vitales.

En los *Capítulos 2 y 3* se presentan los objetivos planteados en los diferentes estudios que lo componen y las hipótesis de las que parte cada uno de los trabajos.

El *Capítulo 4* describe el diseño de la investigación, describiendo la muestra y su distribución, los instrumentos utilizados, el procedimiento llevado a cabo y el análisis estadístico realizado en cada uno de los estudios.

2ª Parte – Estudios empíricos

El primer estudio empírico ‘Acontecimientos vitales y sintomatología depresiva en población española adolescente’ se describe en el *Capítulo 5*. En él se analiza la relación entre los diferentes acontecimientos vitales y la sintomatología depresiva.

El segundo estudio empírico ‘Acontecimientos vitales y sintomatología ansiosa en población española adolescente’ se encuentra en el *Capítulo 6* y describe la relación existente entre la sintomatología ansiosa y los acontecimientos vitales.

El *Capítulo 7* describe el tercer estudio realizado ‘Epidemiología de los trastornos depresivos en adolescentes en relación con los acontecimientos vitales y las características demográficas’, en el que se pasa del análisis de la sintomatología, realizada en los estudios anteriores, al análisis de la relación entre los trastornos depresivos (evaluados a partir de una entrevista diagnóstica), los acontecimientos vitales y las variables demográficas de los adolescentes escolarizados en Rubí.

En el *Capítulo 8* se encuentra el cuarto estudio ‘Epidemiología de los trastornos de ansiedad en adolescentes en relación con los acontecimientos vitales y las características demográficas’, en el que se realiza el análisis de la relación entre los trastornos de ansiedad, los acontecimientos vitales y las variables demográficas de los participantes del estudio.

3ª Parte – Conclusiones

El *Capítulo 9* recoge la discusión y las conclusiones generales del proyecto, compilando de este modo los hallazgos derivados de los cuatro estudios realizados.

Y finalmente, el *Capítulo 10*, destaca los puntos fuertes y las limitaciones del estudio, así como las futuras líneas de investigación que se derivan de los resultados y la experiencia adquirida tras los estudios aquí expuestos.

Capítulo 1

Introducción

1. Introducción

1.1. Acontecimientos vitales

A lo largo de todo el ciclo vital el ser humano está expuesto a situaciones, estímulos o circunstancias que ocurren de forma inesperada, que provocan cambios o reajustes en la vida del sujeto, y que por ende pueden alterar potencialmente su estado físico y/o mental (Goodyer, 1990). Estas alteraciones se han denominado 'life events' o acontecimientos vitales (AV a partir de ahora en el texto).

Los AV pueden considerarse tanto experiencias normativas del desarrollo, (cambio de centro de estudio o de trabajo, una cita amorosa), como experiencias no normativas (divorcio de los padres, enfermedad médica de algún familiar, problemas judiciales, etc.), y se diferencian del resto de circunstancias vitales en su carácter temporal, pues a pesar de que en todas ellas se produce una descompensación entre las demandas del entorno y los recursos disponibles, los acontecimientos vitales se dan en un momento puntual, y por tanto no son condiciones permanentes o crónicas.

En este sentido, es importante aclarar que todos los AV inevitablemente generan estrés, pues todo aquello que exige adaptación por parte del individuo implica ciertos niveles de estrés. Es por ello que puede resultar sorprendente a primera vista que AV positivos como casarse, ascender en el trabajo o recibir un premio, generen tanto estrés como divorciarse, ser sancionado o despedido del trabajo, siendo estos últimos claramente AV negativos (Mardomingo, 2003).

Moos (1995), defiende en su modelo conceptual de afrontamiento del estrés que los AV pueden alterar o no la salud y/o el bienestar, dependiendo de si éstos son adaptativos (ayudan a la evolución o desarrollo óptimo de la persona) o desadaptativos (alteran el desarrollo).

Mientras que Johnson y McCutcheon (1980) defienden la deseabilidad de los AV para el sujeto, dando por tanto a la propia persona total potestad para determinar el carácter positivo o negativo del acontecimiento y el impacto que éste pueda generarle. Destacando por tanto la importancia de la percepción del propio sujeto del

tipo de AV y de su nivel de influencia en su vida cotidiana para valorar así si se trata de un AV adaptativo o desadaptativo.

1.1.1. Acontecimientos vitales: Clasificación

Para su estudio los AV pueden clasificarse de diversos modos, pero la distinción más común es diferenciarlos entre AV positivos y AV negativos, entendiendo que su percepción como tales depende de la interrelación de los factores personales del sujeto (edad, sexo, temperamento, etc.) y los factores del entorno (familiares, escolares, de apoyo social, etc.). En la mayoría de las investigaciones sobre este tema se estudian los AV negativos, y se relacionan con el aumento de las alteraciones emocionales en niños y adolescentes, pues son etapas, sobretodo la adolescencia, en las que tienen lugar infinidad de cambios biológicos, escolares, sociales, familiares, etc. y por tanto puede considerarse una etapa de vulnerabilidad (Finlay-Jones y Brown, 1981; Goodyer, Kolvin, y Gatzanis, 1985; Johnson, 1986; Larson y Ham, 1993).

Otros autores realizan un análisis cualitativo a partir de subtipos de AV. Mayer et al. (2009) clasifican 26 acontecimientos estresantes en cinco grupos: salud de los padres, muerte de seres cercanos, sociodemográficos, intrafamiliares y 'otros' en los que engloban abusos, problemas judiciales, y dificultades o problemas escolares. Jiménez, Menéndez, e Hidalgo (2008) realizan una distinción más sencilla a partir del Inventario de Acontecimientos Vitales Estresantes de Oliva, Jiménez, Parra, y Sánchez-Queija (2008), separándolos entre AV del ámbito familiar y AV del grupo de iguales, incluyendo en este último los relacionados con el contexto escolar. Williamson, Birmaher, Dahl, y Ryan (2005), diferencian en el Life Events Record (LER; Coddington, 1972), entre tres tipos de AV, los dependientes, que son aquellos que dependen del comportamiento del adolescente (p.ej., 'ser expulsado del centro escolar'), los independientes, que son aquellos que no dependen del comportamiento del adolescentes (p.ej., 'tu padre ha sido despedido del trabajo'), y los de pérdida, que pueden ser tanto dependientes como independientes, pero hacen referencia a una pérdida ya sea material (p.ej., 'cambio de domicilio') como emocional (p.ej., 'muerte de un familiar'). Puskar, Tusaie-Mumford, Sereika, y Lamb (1999), realizan la clasificación a partir del Life Events Checklist (LEC; Johnson y McCutcheon, 1980), en

AV familiares, AV con los iguales (escolares y sociales), y otros (relacionados con la justicia). Moreno y Del Barrio (1992), realizaron una adaptación del Inventario de Acontecimientos Vitales en Infancia y Adolescencia (AVIA; Morato, manuscrito no publicado), y en un estudio posterior clasificaron los 81 ítems que lo componen en 4 subescalas diferenciando así entre AV familiares, escolares, de salud, y sociales (Moreno, Del Barrio, y Mestre, 1996).

1.1.2. Acontecimientos vitales: Ciclo evolutivo

Son diversos los estudios que han investigado la relación entre la presencia de AV y la edad, buscando tanto el momento del desarrollo que presenta mayor número de AV, como el tipo de AV que se da con más frecuencia en función de la edad.

Moreno, Del Barrio, y Mestre (1995) encontraron en una muestra española que a medida que aumenta la edad aumentan también los AV. Concretamente observaron que los adolescentes de más de 15 años experimentaron una media de AV negativos y positivos de 7,631 y 6,372 respectivamente, mientras que los menores de 15 años presentaron una media de AV negativos y positivos de 5,684 y 4,888 respectivamente. Sin embargo, a pesar de que Larson y Ham (1993) encontraron los mismos resultados en lo que a los AV negativos se refiere, no fue así con los AV positivos que presentaron cifras inferiores a medida que se aumentaba la edad. Estos resultados, por tanto, parecen indicar que existen otras variables intervinientes en el incremento de AV con el paso del tiempo además de la edad.

Otros estudios se han centrado en el análisis del tipo de acontecimiento estresante que puede darse en función de la edad y de la necesidad de que éstos tengan lugar para el óptimo desarrollo madurativo. Así pues de forma evolutiva se espera que durante la etapa preescolar los niños pasen por determinadas experiencias como son la transición de la alimentación líquida a la sólida, el aprendizaje del control de esfínteres, o el ingreso en la guardería.

Al pasar a la etapa escolar, los AV se centran en el contexto académico y están relacionados con: a) el abandono del hogar y la consecuente adaptación a un entorno externo donde el niño pierde el control y la protección que hasta el momento tenía en el foco familiar; b) las relaciones con los compañeros que implica establecer en

muchos casos las primeras relaciones de igual a igual tanto durante el juego como para la consecución de los trabajos en el aula, y que tienen el riesgo de poder ser la base de bromas, exclusión o victimización; c) las relaciones con los profesores, en las que el niño ha de asumir la autoridad del profesor y la disciplina que en algunos casos, si no es bien entendida puede provocar en el niño sentimientos de culpa y ansiedad o de rabia y agresión; y d) las tareas académicas que suponen un gran desafío para el niño ya que ponen a prueba sus capacidades cognitivas y sus habilidades para el aprendizaje (Buendía y Mira, 1993).

Durante la adolescencia se espera que los acontecimientos estresantes estén relacionados con el desarrollo puberal (precocidad o retraso en el inicio del desarrollo, ritmo de crecimiento, problemas de acné, etc.), la asistencia al colegio, el rendimiento escolar, la percepción de la irrelevancia educacional, la incertidumbre del futuro, la necesidad de decidir la profesión o rama profesional a escoger, los conflictos familiares, el control parental y las interacciones con el sexo opuesto (Byrne y Mazanov, 2002). Por tanto podría considerarse que los AV que se esperan durante la etapa puberal son aquellos relacionados con el propio desarrollo, el rendimiento académico, los conflictos con los padres y las relaciones de pareja (Buendía y Mira, 1993; Repetti, McGrath, y Ishikawa, 1999).

Al margen de los acontecimientos estresantes normativos a lo largo del ciclo evolutivo descritos hasta el momento, existen un sinnúmero de acontecimientos que pueden no darse en todos los niños y que generan tanto estrés o más como son las disputas familiares, el divorcio de los padres, la enfermedad de algún progenitor, el fallecimiento de un ser querido, la hospitalización, los abusos o las catástrofes naturales. Es cierto, sin embargo, que el nivel de afectación de estos acontecimientos y la probabilidad de que deriven en alteraciones psicopatológicas, variará en función de la edad y de los recursos de los que disponga cada individuo.

1.1.3. Acontecimientos vitales: Resiliencia

No se pueden considerar los AV sin tener en cuenta la resistencia a su impacto o 'resiliencia', entendida como el fenómeno caracterizado por el desarrollo de modelos de adaptación positiva o competencia en contextos de riesgo o adversidad

(Egeland, Carlson, y Sroufe, 1993; Lázaro, 2009; Luthar, Cicchetti, y Becker, 2000; Masten y Reed, 2002; Rutter, 2007).

Oliva et al. (2008), encontraron en un estudio realizado con adolescentes sevillanos que los resilientes presentaban mayores factores protectores como son la adaptabilidad y las relaciones familiares positivas, caracterizadas por la cohesión emocional, que en situaciones de significativa adversidad actuaron como protectores de su ajuste comportamental y psicológico.

En este sentido existen varias investigaciones que señalan la relación entre resiliencia y diferentes trastornos psicológicos. Smith, en 2009, encontró que las personas con mayor resiliencia ante los acontecimientos presentaban menores trastornos emocionales, que aquellos cuya resiliencia era baja. Hjemdal, Aune, Reinfjell, Stiles, y Friborg (2007), encontraron también, que la resiliencia es un factor protector de los trastornos depresivos, pues las personas con alta resiliencia presentaban menor sintomatología depresiva ante los AV.

1.1.4. Acontecimientos vitales: Alteraciones psicológicas

Finalmente, un aspecto que no se puede obviar en el estudio de los AV es la relación que éstos presentan tanto con las alteraciones del estado de ánimo como con las de ansiedad, y éstas a su vez entre ellas (Kovacs, 1990; Sandín, Valiente, y Chorot, 2009; Weller y Weller, 2000).

En este sentido, Zavos et al. (2012) señalaron que puesto que los acontecimientos vitales estresantes producen un aumento de los síntomas internalizantes, resulta de esencial interés el estudio de los acontecimientos estresantes para explicar el cambio que generan en el individuo y que están asociados con las alteraciones emocionales (ansioso-depresivas).

Diversos estudios exponen la asociación que existe entre los acontecimientos estresantes y una mayor gravedad inicial de los síntomas depresivos tanto en adultos (Hammen, 2005) como adolescentes (Kashani, Vaidya, Soltys, y Dandoy, 1990; Mghir, Freed, Raskin, y Katon, 1995; Olsson, Nordstroem, Arinell, y von Knorring, 1999; Rudolph, 2009).

Lo mismo ocurre con la sintomatología ansiosa, que se presenta con mayores niveles en presencia de AV tanto positivos como negativos, aunque el incremento es mayor en presencia de los AV negativos (Gothelf, Aharonovsky, Horesh, Carty, y Apter, 2004; Moreno et al., 1995).

Lu (1994), señala que en estudiantes universitarios los acontecimientos estresantes recientes predicen la ansiedad, mientras que los problemas cotidianos predicen la depresión. Por otra parte en un estudio con mujeres de Brown, Harris, y Eales (1993) se observó que sufrir pérdidas está asociado al trastorno depresivo, que sufrir situaciones peligrosas se asocia con trastornos ansiosos, y que sufrir ambos tipos de eventos (pérdidas y peligros) causan tanto depresión como ansiedad. En otro estudio llevado a cabo en la misma población, fueron los factores estresantes crónicos como la negligencia o el abuso durante la infancia, los que se asociaron con predisposición a padecer depresión y ansiedad en la edad adulta (Brown, Harris, y Eales, 1996).

Sin embargo, como ya se ha señalado anteriormente no tiene el mismo efecto haber vivido un acontecimiento en un estadio evolutivo o en otro, por lo que es necesario valorar las consecuencias que los AV tienen en función del periodo del desarrollo en el que se encuentre el sujeto. Algunos estudios señalan que durante la infancia los eventos de pérdida se asocian con la depresión, mientras que los eventos que derivan en conflicto predicen problemas de conducta (Briggs-Gowan et al., 2010; Karevold, Røysamb, Ystrom, y Mathiesen, 2009; Sandler, Reynolds, Klieser, y Ramírez, 1992). En la etapa adolescente, un estilo educativo inconsistente, los conflictos interpersonales, las enfermedades físicas y los conflictos familiares predijeron todos ellos depresión, mientras que la separación de los padres, el escaso apoyo parental o los conflictos concernientes a la disciplina, se encuentran altamente relacionados con el abuso de alcohol (Ge, Lorenz, Conger, Elder, y Simons, 1994; Grant et al., 2006; Marttunen, Aro, Henriksson, y Lönnqvist, 1994; Olsson et al., 1999).

En estos periodos, no sólo los eventos que acontecen a los niños o adolescentes son los causantes de patología ulterior, sino que lo que les ocurre a sus padres o seres cercanos también les afecta, encontrando en diversos estudios que el estrés, la depresión parental y la vivencia de acontecimientos estresantes por parte de

los padres, predicen problemas de comportamiento en los niños y depresión en los adolescentes (Ge et al., 1994; Karevold et al., 2009; Leve, Kim, y Pears, 2005; Mghir et al., 1995).

Y es por ello que, en vista de que la relación entre estas variables es diversa y no puede concebirse en muchos casos una sin la otra, en el estudio de los AV será necesario englobar ambos tipos de alteraciones para controlar de forma óptima las relaciones que éstas tienen con los AV.

1.2. Trastornos Depresivos

Los trastornos depresivos según el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002) pertenecen al grupo de los trastornos del estado de ánimo, que son aquellos cuya característica principal es la presencia de alteraciones del humor. Recientemente ha sido publicada la quinta versión del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V; American Psychiatric Association, 2013), en el que la clasificación presenta diferencias en relación a la anterior, sin embargo puesto que los instrumentos utilizados para el estudio se centran en la clasificación diagnóstica del DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002), la descripción de los trastornos depresivos se limita a ésta.

Este estudio se centra en los trastornos depresivos, que se diferencian del resto de los trastornos del estado de ánimo por el hecho de no existir historia previa de episodio maniaco, mixto o hipomaniaco. Por tanto, para determinar el tipo de trastorno depresivo es necesario tener en cuenta la presencia o ausencia de episodios depresivos mayores. Un episodio depresivo mayor es un periodo de al menos 2 semanas durante el que la mayor parte del día, casi cada día, hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste. En estos episodios, el sujeto también debe experimentar al menos cuatro de los síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño o de la actividad motora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones; y pensamientos recurrentes de muerte o ideación,

planes o intentos suicidas. Para considerar la existencia de un episodio depresivo mayor, estos síntomas deben ser de nueva presentación o haber empeorado claramente si se compara con el estado del sujeto antes del episodio.

En función de la presentación de estos episodios y sus síntomas los trastornos depresivos se clasifican en Trastorno de Depresión Mayor (cuando están presentes uno o más episodios depresivos mayores), Trastorno Distímico (ausencia de episodios depresivos mayores), y Trastorno Depresivo no especificado. En este estudio los datos se centran en los dos primeros, cuyos criterios diagnósticos se describen a continuación.

1.2.1. Trastorno de Depresión Mayor

Para realizar el diagnóstico de depresión mayor en un niño o un adolescente se exige la presencia de uno o más episodios depresivos mayores sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaniacos. Además, se requiere la presencia, durante un periodo mínimo de dos semanas, de humor irritable o disfórico y/o anhedonia, más al menos cuatro síntomas entre los siguientes: alteración del apetito, trastorno del sueño, exaltación o enlentecimiento psicomotor, pérdida de energía, sentimientos de culpa, disminución de la capacidad para pensar e ideación mórbida o suicida. Para garantizar un buen diagnóstico, la alteración no puede explicarse mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

Aunque los criterios para el diagnóstico de la depresión mayor sean similares para adolescentes y adultos, la detección de este trastorno se presenta como algo mucho más complejo en adolescentes, pues en primer lugar la expresividad clínica de la sintomatología está afectada por el desarrollo, en segundo lugar el motivo de consulta casi nunca es la depresión, porque los chicos y chicas no se quejan de ella y los padres suelen ignorar que detrás de un fracaso escolar o de un mal comportamiento puede haber una enfermedad depresiva, y en tercer y último lugar, en los niños y adolescentes, la depresión va a menudo unida a trastornos del

comportamiento, lo que contribuye a dificultar su diagnóstico (Rodríguez-Sacristán, 1995).

1.2.2. Trastorno Distímico

Se considera Trastorno Distímico cuando el estado de ánimo es crónicamente depresivo la mayor parte del día, la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás durante al menos 2 años. En el caso de los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser de al menos 1 año. Para el diagnóstico es necesaria la presencia, en el periodo depresivo, de dos o más de los siguientes síntomas: a) pérdida o aumento de apetito, b) insomnio o hipersomnia, c) falta de energía o fatiga, d) baja autoestima, e) dificultades para concentrarse o para tomar decisiones y, f) sentimientos de desesperanza.

Durante el periodo de alteración de 1 año en el caso de niños y adolescentes que es el periodo temporal que nos concierne, el sujeto no ha estado sin síntomas durante más de 2 meses seguidos, o no ha habido ningún episodio de depresión mayor, ningún episodio maniaco, un episodio mixto o un episodio hipomaniaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico. Para confirmar el diagnóstico, la alteración no puede aparecer exclusivamente en el trascurso de un trastorno psicótico crónico, o deberse a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o enfermedad médica. Así como en todos los trastornos, es necesario que los síntomas causen un malestar clínicamente significativo o deterior social, escolar o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

En este estudio sólo podremos contar con el Trastorno Distímico de inicio temprano puesto que todos los participantes son menores de 21 años y por tanto carecemos de muestra para el diagnóstico de Trastorno Distímico de inicio tardío que se realiza cuando el inicio de los síntomas se produce tras los 21 años.

1.2.3. Epidemiología de los trastornos depresivos

A pesar de que las primeras referencias a la depresión infantil datan del siglo XVIII en el que George Baker señalaba la presencia de melancolía en edades tempranas, y del siglo XIX en el que James Parkinson admitía la existencia de una

forma de melancolía en la etapa infantil, y Wilhelm Griesinger afirmaba también que buena parte de las enfermedades descritas en los adultos como la melancolía se observaban asimismo en los niños (Domènech y Polaino, 1988), no es hasta finales del siglo XX que se inician los primeros trabajos sobre epidemiología en depresión infantil y adolescente. Kashani, Cantwell, Shekim, y Reid (1982) encontraron que la prevalencia de depresión mayor era del 13% y un año después Kazdin, French, Unis, y Esveltd-Dawson (1983) encontraron que la prevalencia de este mismo trastorno era del 15%.

En población española, se han encontrado prevalencias de depresión mayor del 1,8% y de distimia del 6,4% en niños escolarizados de 8 a 11 años (Polaino-Lorente y Domènech-Llaberia, 1993). En estudios epidemiológicos más recientes se observan prevalencias alrededor del 19,5% en adolescentes con edades comprendidas entre los 14 y los 18 años (Aláez, Martínez-Arias, y Rodríguez-Sutil, 2000). Y si en lugar de analizar la prevalencia del trastorno se analiza la prevalencia de sintomatología depresiva las cifras aumentan observando que las prevalencias varían entre el 6,2% y el 11,5% (Canals, Domènech-Llaberia, Clivillé, Fernández, y Martí, 1991; Romero et al., 2010).

El incremento de la depresión con la edad es un hecho en el que coinciden la mayoría de los investigadores (Domènech-Llaberia et al., 2009; Polaino-Lorente y García, 1993; Scharaedley, Gotlib, y Hayward, 1999). Diferentes autores encontraron que la prevalencia de depresión mayor en la etapa preescolar se encuentra entre el 0,87% y el 1,43% (Domènech-Llaberia et al., 2009; Kashani, Holcomb, y Orvaschel, 1986). En la etapa escolar Lewinsohn, Hops, Roberts, Seeley, y Andrew (1993) observan que al menos el 9% de los niños han vivido un episodio depresivo agudo, y finalmente en la adolescencia Hammen y Rudolph (2003) encontraron que la prevalencia asciende al 14% en el Trastorno de Depresión Mayor y al 11% en el Trastorno Distímico.

En cuanto al género, en la etapa infantil no se han descrito, en general, diferencias en la distribución según el sexo, sin embargo, en la etapa puberal varios autores han encontrado tasas de prevalencia superiores en las adolescentes (Birmaher et al., 1996; Hyde, Mezulis, y Abramson, 2008; Kashani et al., 1987; Rutter, 1986;

Scharaedley et al., 1999), aspecto que en la actualidad sigue sin saberse si se debe a factores biológicos o psicosociales puesto que en los adultos está claramente documentada una mayor prevalencia de depresión en las mujeres.

1.2.4. Factores condicionantes de los trastornos depresivos

La familia es quizás el factor condicionante más importante, tanto por las relaciones que la componen como por las influencias que éstas generan en el comportamiento del niño, ya que cualquier conflicto que se produzca en el seno familiar, repercutirá en todos sus componentes modificando las relaciones o los comportamientos, generando de este modo alteraciones de la dinámica familiar. Por eso no es de extrañar que en diferentes estudios se observe que los niños con depresión pertenecen a familias desestructuradas, inestables o en las que uno de los progenitores tiene alguna enfermedad crónica (Lewinsohn, Rohde, y Seeley, 1998; Ramchandani y Psychogiou, 2009; Rice, Harold, y Thapar, 2002).

Otro factor condicionante de los trastornos depresivos es el estilo educacional, siendo los estilos autoritarios y permisivos los que parecen tener mayor relación con la presencia de depresión. Concretamente, los hijos de padres autoritarios presentaban sintomatología depresiva más intensa, mientras que los hijos de padres permisivos presentaban la misma sintomatología pero con menos intensidad y sin embargo con más somatización (Brennan, Le Brocque, y Hammen, 2003; Polaino-Lorente, 1985).

Otro ámbito que influye notablemente es la escuela, y en especial el fracaso escolar (Lewinsohn et al., 1998; Polaino-Lorente, 1985). Pues muchas de las funciones que no se desarrollan de forma óptima debido al fracaso escolar, además producen alteraciones en la salud mental del niño por no tener la capacidad suficiente para interpretar y asumir lo que le ocurre y por tanto actuar en consecuencia (Andrews y Brown, 1993; Dodge, 1993; Thompson, 2004).

Diversos estudios en adolescentes, (Goodyer, Herbert, y Tamplin, 2000; Olsson et al., 1999; Williamson et al., 1998), han puesto de manifiesto los efectos de los AV en el curso de la depresión, y han encontrado que los adolescentes deprimidos experimentaron significativamente más acontecimientos adversos antes del inicio de un cuadro depresivo, que los adolescentes del grupo control sin depresión.

Por tanto, tal y como se ha observado en estudios realizados en las dos últimas décadas los acontecimientos vitales estresantes se consideran factores condicionantes de los trastornos depresivos pues éstos pueden descompensar la conducta infantil, favoreciendo la aparición de cogniciones y sentimientos depresivos en el niño (Goodyer, Wright, y Altham, 1990; Larson y Ham, 1993; López, Fuentes, Palos, y Oudhof, 2012; Polaino-Lorente y Lizasoain, 1992; Sandler et al., 1992).

1.3. Trastornos de Ansiedad

La ansiedad, es una emoción básica, que nos permite reaccionar ante el entorno. El problema se origina cuando esta respuesta endógena tiene lugar a niveles patológicos que se escapan al control del individuo, generando así los trastornos de ansiedad. Éstos trastornos, según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002) se clasifican en: Trastorno de Angustia, Agorafobia, Fobia Social, Fobia Específica, Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno Obsesivo-Compulsivo, Trastorno por Estrés Postraumático, Trastorno por Estrés agudo, Trastorno de Ansiedad no especificado, dos trastornos de ansiedad basados en la etiología, y el Trastorno de Ansiedad de Separación que se incluye en los trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia. Tal y como se señaló en el apartado anterior, recientemente ha sido publicado el DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) en el que la clasificación diagnóstica de los trastornos de ansiedad es muy diferente a la versión anterior, pero puesto que los instrumentos utilizados para el estudio se centran en la clasificación diagnóstica del DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002), la descripción de los trastornos de ansiedad se limita a ésta. En este estudio los datos se centran en los trastornos cuyos criterios diagnósticos se describen a continuación.

1.3.1. Fobia Social

La característica principal de la fobia social es el miedo persistente y acusado a situaciones sociales o actuaciones en público por temor a que resulten embarazosas. La exposición a estos estímulos produce casi invariablemente una respuesta inmediata

de ansiedad que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional. Cuando el individuo con fobia social se encuentra en las situaciones sociales o en las actuaciones en público temidas, experimenta una preocupación constante por la posibilidad de que los demás le vean como a un individuo ansioso, débil, 'loco' o 'estúpido'. Estos individuos experimentan casi siempre síntomas somáticos de ansiedad tales como palpitaciones, temblores, sudoración, molestias gastrointestinales, diarrea, tensión muscular, enrojecimiento o confusión. En la mayoría de las ocasiones las situaciones sociales o actuaciones en público acaban evitándose, aunque aquellos que no lo hacen soportan la exposición al estímulo fóbico con sumo temor. Este temor se sabe excesivo por los adolescentes y los adultos, pero no así en los niños, pues la convicción o conciencia de que el temor es excesivo o irracional tiende a aumentar con la edad, no siendo percibido en la infancia. El diagnóstico de fobia social en los menores de 18 años requiere que los síntomas hayan persistido como mínimo durante 6 meses. Además, en general, el trastorno ha de ocasionar malestar clínicamente significativo y alterar las actividades laborales o académicas, así como las sociales. Asimismo, el miedo o los comportamientos de evitación, no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica, no puede explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, y en el caso de que existiera una enfermedad médica u otro trastorno mental el temor no estaría relacionado con éstos.

1.3.2. Fobia Específica

La fobia específica se caracteriza por un miedo intenso y persistente a objetos o situaciones claramente discernibles y circunscritos, o bien a la anticipación de aparición de dichas situaciones. La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede adquirir la forma de una crisis de angustia relacionada con una situación determinada. El nivel de ansiedad o temor suele variar en función del grado de proximidad al estímulo fóbico y al grado en que la huida se ve limitada. Como en el caso de la fobia social, este temor se sabe excesivo por los adolescentes y los adultos, pero no así en los niños. En la mayoría de las ocasiones el estímulo fóbico es evitado, sin embargo si no se evita se experimenta con sumo terror. El diagnóstico de fobia específica es correcto sólo si este

comportamiento de evitación, miedo o ansiedad de anticipación en relación el estímulo fóbico interfiere significativamente con las actividades cotidianas del individuo, con sus relaciones escolares o sociales, o si la existencia de esta fobia provoca un malestar evidente. En los menores de 18 años se incluye un criterio más para el diagnóstico y es que los síntomas deben haber persistido durante al menos 6 meses.

Las fobias específicas pueden clasificarse en función del objeto del miedo: tipo animal (el miedo hace referencia a animales o insectos), tipo ambiental (hace referencia a situaciones relacionadas con la naturaleza y los fenómenos atmosféricos como tormentas, precipicios o agua), tipo sangre-inyecciones-daño (miedo a la visión de la sangre o heridas, o a recibir inyecciones u otras intervenciones médicas de carácter invasivo), tipo situacional (miedo a situaciones específicas como transportes públicos, túneles, puentes, ascensores, aviones, coche o recintos cerrados) y otros tipos (miedo al atagantamiento, al vómito, a la adquisición de una enfermedad, a las personas disfrazadas, a los ruidos fuertes, etc.).

1.3.3. Trastorno de Ansiedad Generalizada

Se considera Trastorno de Ansiedad Generalizada cuando un individuo presenta ansiedad y preocupación excesiva durante un periodo superior a 6 meses y que se centra en una amplia gama de acontecimientos y situaciones. El individuo tiene dificultades para controlar este estado ansioso de constante preocupación que se acompaña de al menos tres de los siguientes síntomas (uno en el caso de los niños): inquietud, fatiga precoz, dificultades para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño. Aunque los individuos con Trastorno de Ansiedad Generalizada no siempre reconocen que sus preocupaciones resultan excesivas, manifiestan una evidente dificultad para controlarlas y les provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, escolar, o de otras áreas importantes de actividad. Obviamente las situaciones que generan ansiedad y preocupación no se deben a otros trastornos, a efectos fisiológicos directos de alguna sustancia o a una enfermedad médica, y no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno de estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

Los niños con Trastorno de Ansiedad Generalizada tienden a preocuparse por su rendimiento o la calidad de sus actuaciones, con una intensidad, duración o frecuencia de aparición desproporcionadas con las posibles consecuencias que puedan derivarse de ellos. El problema reside en que a los individuos con Trastorno de Ansiedad Generalizada les resulta difícil olvidar estas preocupaciones para poder dedicar la atención necesaria a las tareas que están realizando, y todavía les cuesta más eliminar aquellas completamente.

1.3.4. Trastorno de Ansiedad de Separación

Se trata de un trastorno específico de la infancia, la niñez o la adolescencia que se manifiesta a través de ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del sujeto en situaciones que implican la separación respecto del hogar o de las personas con quien está vinculado. Para considerar el exceso de ansiedad en el proceso de separación como trastorno ha de mantenerse al menos durante 4 semanas seguidas y el inicio ha de producirse previo a los 18 años de edad, generando malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico o de otras áreas importantes del individuo. Esta ansiedad excesiva ha de ponerse de manifiesto en tres o más de las siguientes circunstancias:

1. Malestar excesivo recurrente cuando ocurre o se anticipa una separación respecto del hogar o de las principales figuras vinculadas.
2. Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las principales figuras vinculadas o a que éstas sufran un posible daño.
3. Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso dé lugar a la separación de una figura vinculada importante (p. ej., extraviarse o ser secuestrado).
4. Resistencia o negativa persistente a ir a la escuela o a cualquier otro sitio por miedo a la separación.
5. Resistencia o miedo persistente o excesivo a estar en casa solo o sin las principales figuras vinculadas, o sin adultos significativos en otros lugares.
6. Negativa o resistencia persistente a ir a dormir sin tener cerca una figura vinculada importante o a ir a dormir fuera de casa.

7. Pesadillas repetidas con temática de separación.
8. Quejas repetidas de síntomas físicos (como cefaleas, dolores abdominales, náuseas o vómitos) cuando ocurre o se anticipa la separación respecto de figuras importantes de vinculación.

1.3.5. Trastorno Obsesivo-Compulsivo

Trastorno que se caracteriza por la presencia de obsesiones (ideas, pensamientos, impulsos o imágenes de carácter persistente que el individuo considera intrusas e inapropiadas) y/o compulsiones (comportamientos o actos mentales de carácter periódico cuyo propósito es prevenir o aliviar la ansiedad o el malestar, pero no proporcionar placer o gratificación). Estas obsesiones y compulsiones han de ser de carácter recurrente y lo suficientemente graves como para provocar pérdidas de tiempo de más de una hora diaria, o un acusado deterioro de la actividad general o malestar clínicamente significativo. A modo de ejemplo, se consideran obsesiones aquellos pensamientos que se repiten una y otra vez sobre coger enfermedades o microbios por tocar los pomos de las puertas, las sillas, los cubiertos de un restaurante, etc.; y compulsiones, a la necesidad de lavarse las manos cada vez que se toca un pomo de una puerta, una silla, los cubiertos de un restaurante, etc.

Por definición, los adultos que presentan un Trastorno Obsesivo-Compulsivo reconocen en algún momento del curso del trastorno que las obsesiones o compulsiones son excesivas o irracionales, sin embargo a pesar de que generalmente los adolescentes también son capaces de identificar el exceso o irracionalidad de las obsesiones y compulsiones hay que tener presente que algunos no llegan a percibirlo debido a que por su edad o madurez puede que no dispongan todavía de la suficiente capacidad cognoscitiva para llegar a conclusiones de este tipo. Para el correcto diagnóstico, las obsesiones y compulsiones no pueden deberse a los efectos fisiológicos de una sustancia o una enfermedad médica, así como no deberse a otro trastorno mental, y en el caso de que existiera otro trastorno, las obsesiones y compulsiones no se limitarían a él.

1.3.6. Trastorno de Angustia

La característica esencial del Trastorno de Angustia es la presencia de crisis de angustia recidivantes e inesperadas. Se considera crisis de angustia a la aparición aislada y temporal de miedo o malestar intenso, en ausencia de peligro real, que se acompaña de al menos 4 de un total de 13 síntomas somáticos o cognoscitivos (palpitaciones, sudoración, temblores o sacudidas, sensación de falta de aliento o ahogo, sensación de atragantarse, opresión o malestar torácico, náuseas o molestias abdominales, inestabilidad o mareo, desrealización o despersonalización, miedo a perder el control o ‘volverse loco’, miedo a morir, parestesias y escalofríos o sofocaciones). Estas crisis se inician de forma brusca y alcanzan su máxima expresión con rapidez, acompañándose a menudo de una sensación de peligro o de muerte inminente y de una urgente necesidad de escapar.

Para el diagnóstico de Trastorno de Angustia, además de ser necesaria la presencia de crisis de angustia recidivantes e inesperadas, es imprescindible que estas crisis estén seguidas de la aparición durante un periodo como mínimo de 1 mes, de preocupaciones persistentes por la posibilidad de padecer nuevas crisis de angustia y por sus implicaciones o consecuencias, o bien de un cambio comportamental significativo relacionado con estas crisis. Las crisis de angustia no pueden deberse a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o de una enfermedad médica, y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Finalmente, dependiendo de si cumplen o no los criterios de la Agorafobia se clasificarán en Trastornos de Angustia con Agorafobia o Trastornos de Angustia sin Agorafobia.

1.3.7. Agorafobia

La Agorafobia se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso), o bien donde sea imposible encontrar ayuda en el caso de que aparezca en ese momento una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia. Esta ansiedad suele conducir de forma típica a comportamientos permanentes de evitación de múltiples situaciones (estar solo dentro o fuera de casa, mezclarse con la gente, viajar en coche,

autobús o avión, encontrarse en un puente o en un ascensor). Algunas de las personas que padecen Agorafobia pueden exponerse a las situaciones temidas, a pesar de que les produzca un considerable terror, y cuando lo hacen es generalmente en compañía de algún conocido. El comportamiento de evitación de estas situaciones puede conducir a la incapacidad para efectuar viajes con la escuela o para llevar a cabo los deberes o actividades escolares y extraescolares. Para realizar el diagnóstico de Agorafobia es necesario que la ansiedad o el comportamiento de evitación no pueda explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental.

1.3.8. Epidemiología de los trastornos de ansiedad

La prevalencia de los trastornos de ansiedad ha sido ampliamente estudiada y se ha observado que los resultados en prevalencia dependen tanto de la edad de los sujetos experimentales, como del diseño de las investigaciones (Axelson y Birmaher, 2001). En este sentido, Cohen et al. (1993) encontraron una prevalencia del 14% en neoyorquinos con edades entre 9 y 20 años analizando la presencia de ansiedad en el último año; Bird, Gould, y Staghezza (1993), hallaron en puertorriqueños con edades comprendidas entre 9 y 16 años, una prevalencia del 6,6% en un estudio en el que se analizaba la presencia de ansiedad en los últimos 6 meses; Verhulst, van der Ende, Ferdinand, y Kasius (1997), en un estudio con holandeses de 13 a 18 años en el que también valoraron la presencia de ansiedad en los últimos 6 meses, obtuvieron una prevalencia de 9,7%; Angold, Costello, y Erkanli (1999), en un estudio con población estadounidense de entre 9 y 16 años, en el que analizaron la presencia de ansiedad en los últimos 3 meses encontraron una prevalencia del 3,4%; Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler, y Angold (2003), en un estudio con estadounidenses de 9 a 11 años en el que también valoraron la presencia de ansiedad en los últimos 3 meses, obtuvieron prevalencias entre el 2,6% y el 4,6%; y Rohde, Lewinson, y Seeley (1991), en su estudio con adolescentes de Oregon con edades comprendidas entre los 14 y los 18 años, encontraron una prevalencia del 3,2% analizando la presencia de ansiedad en el periodo temporal más inmediato a la evaluación (entendido como el 'presente' para el sujeto experimental y no haciendo referencia exclusivamente al proceso evaluativo).

Y tal y como se señaló anteriormente en el apartado de epidemiología de los trastornos depresivos, si en lugar de centrar la prevalencia en los trastornos se hace en la sintomatología, las cifras de prevalencia aumentan encontrando que en estudios recientes la prevalencia de sintomatología ansiosa en adolescentes y preadolescentes varía entre el 42,3% y el 47% (Cova, Mellipillán, Valdivia, Bravo, y Valenzuela, 2007; Romero et al., 2010).

En cuanto a la variabilidad de la prevalencia en función del sexo, algunos estudios han encontrado que las niñas presentan mayor sintomatología ansiosa (Cyranowski, Frank, Young, y Shear, 2003; Schwartz, Snidman, y Kagan 1999), sin embargo, otros autores refieren que no se puede confirmar que esta variación no se deba a la relación que existe entre la sintomatología ansiosa y la depresiva (Albano, Chorpita, y Barlow, 1996).

1.3.9. Factores condicionantes de los trastornos de ansiedad

El factor cognitivo es un elemento relacionado con los trastornos de ansiedad, pues el desarrollo cognitivo interviene en la manera de vivir la ansiedad y a su vez la ansiedad influye sobre el pensamiento, la inteligencia y la memoria. Ante la existencia de una vivencia de amenaza, se activa la ansiedad y si el niño o el adolescente cuenta con las estrategias adecuadas de afrontamiento las pone en práctica, pero si por el contrario carece de dichas estrategias entonces el nivel de ansiedad aumenta por la incapacidad de resolver esa amenaza, que puede ser tanto la vivencia de peligro, como el miedo al fracaso, al ser herido, etc. Esta manifestación de ansiedad se da tanto en niños como en adultos, y particularmente en adolescentes.

También hay que tener presentes los factores familiares, tanto los que se deben a los eventos que tienen lugar en el seno de la familia, como a los que se deben al componente genético heredado de la familia. En relación a los primeros, el estilo educativo de los padres influye en la manifestación de la ansiedad, pues cuanto mayor es la sobreprotección o la rigidez y el autoritarismo, mayores son los niveles de ansiedad y la probabilidad de padecer en el futuro Fobia Social (Lewis-Morrarty et al., 2012). En relación a los factores familiares que se deben al componente genético heredado, existen estudios que corroboran la influencia de los genes en las fobias, los

trastornos obsesivos-compulsivos y los ataques de pánico (Torgensen, 1988), mientras que en otros casos sólo se observa mayor vulnerabilidad o predisposición para padecer ansiedad. En este sentido también existe la posibilidad de experimentar ansiedad por aprendizaje; Last, Hersen, Kazdin, Orvaschel, y Perrin (1991) señalaron que en el caso de las conductas de ansiedad por separación hay que tener presente lo aprendido en las primeras edades.

Entre los factores precipitantes de la sintomatología ansiosa en la infancia se encuentran las experiencias traumáticas y los acontecimientos vitales sufridos por el niño destacando las enfermedades e intervenciones quirúrgicas, la muerte de algún amigo o familiar, las dificultades escolares, los problemas intrafamiliares, las preocupaciones, los accidentes, los cambios por el desarrollo puberal, las situaciones de miedo, y las experiencias traumáticas como abusos o agresiones (Rodríguez-Sacristán, 1995; van Oort, Greaves-Lord, Ormel, Verhurlis, y Huizink, 2011).

Capítulo 2

Objetivos

2. Objetivos

2.1. Objetivo general

El objetivo general de este estudio es examinar si existe una relación en la adolescencia entre la prevalencia de los síntomas y los trastornos ansiosos y depresivos, y los acontecimientos vitales acontecidos en esta etapa evolutiva.

2.2. Objetivos específicos

Para desarrollar este objetivo se han realizado cuatro estudios de campo, cuyos objetivos se presentan a continuación:

Estudio I

- ✓ Examinar la relación entre la vivencia de AV y la presencia de sintomatología depresiva.
- ✓ Analizar si dicha presencia y nivel de afectación varían en función del nivel de impacto percibido por los AV, tanto positivos como negativos.
- ✓ Explorar qué subtipo/s de AV (familiar, social, escolar o de salud) está/n más estrechamente relacionado/s con la presencia y nivel de afectación de sintomatología depresiva.
- ✓ Valorar si el grado de sintomatología depresiva se relaciona con el nivel de afectación o impacto percibido por los AV.

Estudio II

- ✓ Examinar la relación entre la vivencia de AV y la presencia de sintomatología ansiosa.
- ✓ Analizar si dicha presencia y nivel de afectación varían en función del nivel de impacto percibido por los AV, tanto positivos como negativos.

- ✓ Explorar qué subtipo/s de AV (familiar, social, escolar o de salud) está/n más estrechamente relacionado/s con la presencia y nivel de afectación de sintomatología ansiosa.
- ✓ Valorar si el grado de sintomatología ansiosa se relaciona con el nivel de afectación o impacto percibido por los AV.

Estudio III

- Conocer la relación entre la vivencia de AV y la presencia de trastornos depresivos.
- Analizar si dicha presencia y nivel de afectación varían en función del nivel de impacto percibido por los AV, tanto positivos como negativos.
- Explorar qué subtipo/s de AV (familiar, social, escolar o de salud) está/n más estrechamente relacionado/s con la presencia de trastornos depresivos.
- Valorar si la presencia de trastornos depresivos se relacionan con el nivel de afectación o impacto percibido por los AV.
- Analizar el efecto de las características demográficas sobre los trastornos depresivos.

Estudio IV

- Conocer la relación entre la vivencia de AV y la presencia de trastornos de ansiedad.
- Analizar si dicha presencia y nivel de afectación varían en función del nivel de impacto percibido por los AV, tanto positivos como negativos.
- Explorar qué subtipo/s de AV (familiar, social, escolar o de salud) está/n más estrechamente relacionado/s con la presencia de trastornos de ansiedad.
- Valorar si la presencia de trastornos ansiosos se relacionan con el nivel de afectación o impacto percibido por los AV.
- Analizar el efecto de las características demográficas sobre los trastornos de ansiedad.

Capítulo 3

Hipótesis

3. Hipótesis

A continuación se detallan las hipótesis de los estudios que componen este trabajo de investigación:

Hipótesis Estudios I y II*

- ✓ **Hipótesis 1:** La vivencia de AV negativos aumentará la presencia de sintomatología depresiva y ansiosa, y por el contrario la vivencia de AV positivos la disminuirá.
- ✓ **Hipótesis 2:** Los AV familiares y de salud negativos serán los que estén más relacionados con la presencia de sintomatología depresiva.
- ✓ **Hipótesis 3:** Los AV familiares y escolares negativos serán los que estén más relacionados con la presencia de sintomatología ansiosa.
- ✓ **Hipótesis 4:** A mayor nivel de impacto percibido por los AV negativos, mayor será la presencia de sintomatología depresiva.
- ✓ **Hipótesis 5:** La influencia del nivel de impacto percibido sobre la presencia de sintomatología ansiosa variará en función del subtipo de AV, sea este positivo o negativo.
- ✓ **Hipótesis 6:** Las variables que influirán en la prevalencia serán el sexo, la edad, el nivel socioeconómico, los acontecimientos vitales y el lugar de procedencia.

**La diferencia de hipótesis entre el Estudio I y el Estudio II se encuentra en que el primero se centra en la sintomatología depresiva, y el segundo en la sintomatología ansiosa.*

Hipótesis Estudios III y IV

- **Hipótesis 7:** La vivencia de AV negativos aumentará la prevalencia de los trastornos depresivos y los trastornos de ansiedad, y por el contrario la vivencia de AV positivos la disminuirá.
- **Hipótesis 8:** Los AV familiares y de salud negativos serán los que estén más relacionados con la prevalencia de trastornos depresivos.
- **Hipótesis 9:** Los AV familiares y escolares negativos serán los que estén más relacionados con la prevalencia de trastornos de ansiedad.
- **Hipótesis 10:** A mayor nivel de impacto percibido por los AV negativos, mayor será la prevalencia de trastornos depresivos.
- **Hipótesis 11:** La influencia del nivel de impacto percibido sobre la prevalencia de trastornos de ansiedad variará en función del subtipo de AV, sea este positivo o negativo.
- **Hipótesis 12:** Las variables que influirán en la prevalencia serán el sexo, la edad, el nivel socioeconómico, los acontecimientos vitales y el lugar de procedencia.
- **Hipótesis 13:** Los AV positivos actuarán como factores protectores ante los trastornos emocionales, mientras que los AV negativos actuarán como factores de riesgo.

**La diferencia de hipótesis entre el Estudio III y el Estudio IV se encuentra en que el primero se centra en los trastornos depresivos, y el segundo en los trastornos de ansiedad.*

Capítulo 4

Diseño y procedimiento

4. Diseño y procedimiento

4.1. Participantes

Este estudio se realizó en la población de Rubí, en la provincia de Barcelona. Dicha población tiene censados a 72.987 habitantes, de los cuales, según el informe del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2009), 11.593 (16%) son inmigrantes, siendo 2.071 de éstos, menores de 16 años. Este estudio iba dirigido concretamente a todos los alumnos escolarizados durante el curso 2009/2010 en 2º y 3º de Educación Secundaria Obligatoria (ESO). La población inicial estaba formada por 1324 niños escolarizados tanto en escuelas públicas como concertadas. De ellos, 43 no fueron autorizados por sus padres a participar en la investigación, 2 alumnos no quisieron colaborar, a pesar de tener la autorización de los padres, y 218 no estuvieron en los centros escolares cuando se realizaron las pruebas.

El estudio se inició en febrero del 2010 dando lugar a la primera fase cuya muestra estuvo formada por 1061 sujetos (el porcentaje de participación fue del 80,1%). Posteriormente, durante los meses de verano se paralizó la recogida de datos y se retomó al iniciar el curso escolar 2010/2011 dando lugar a la segunda fase del estudio en la que se definieron dos grupos: positivos en screening y controles (más información en el apartado de procedimiento página 47). Concretamente 566 participantes formaron el grupo positivos en screening y de los 495 participantes que no cumplieron criterios para este grupo se escogieron a través del muestreo estratificado por centro escolar, curso y género 121 sujetos para formar el grupo control. El cálculo del tamaño muestral de los controles se basó en los valores de prevalencia de los trastornos emocionales hallados en literatura previa. El valor de prevalencia de trastornos emocionales en población general, oscila entre un 1,8-11,5% (los que presentan trastornos depresivos) y entre 2,6-9,7% (por trastornos de ansiedad). Así, el tamaño de la muestra necesario para capturar de manera significativa la diferencia de proporciones entre el grupo control y el grupo con presencia de trastornos emocionales con una potencia estadística del 80% y una confianza del 95%, fue de 109 sujetos. Se añadió un 10% para compensar posibles pérdidas y se obtuvo un tamaño muestral final en el grupo control de 121 sujetos.

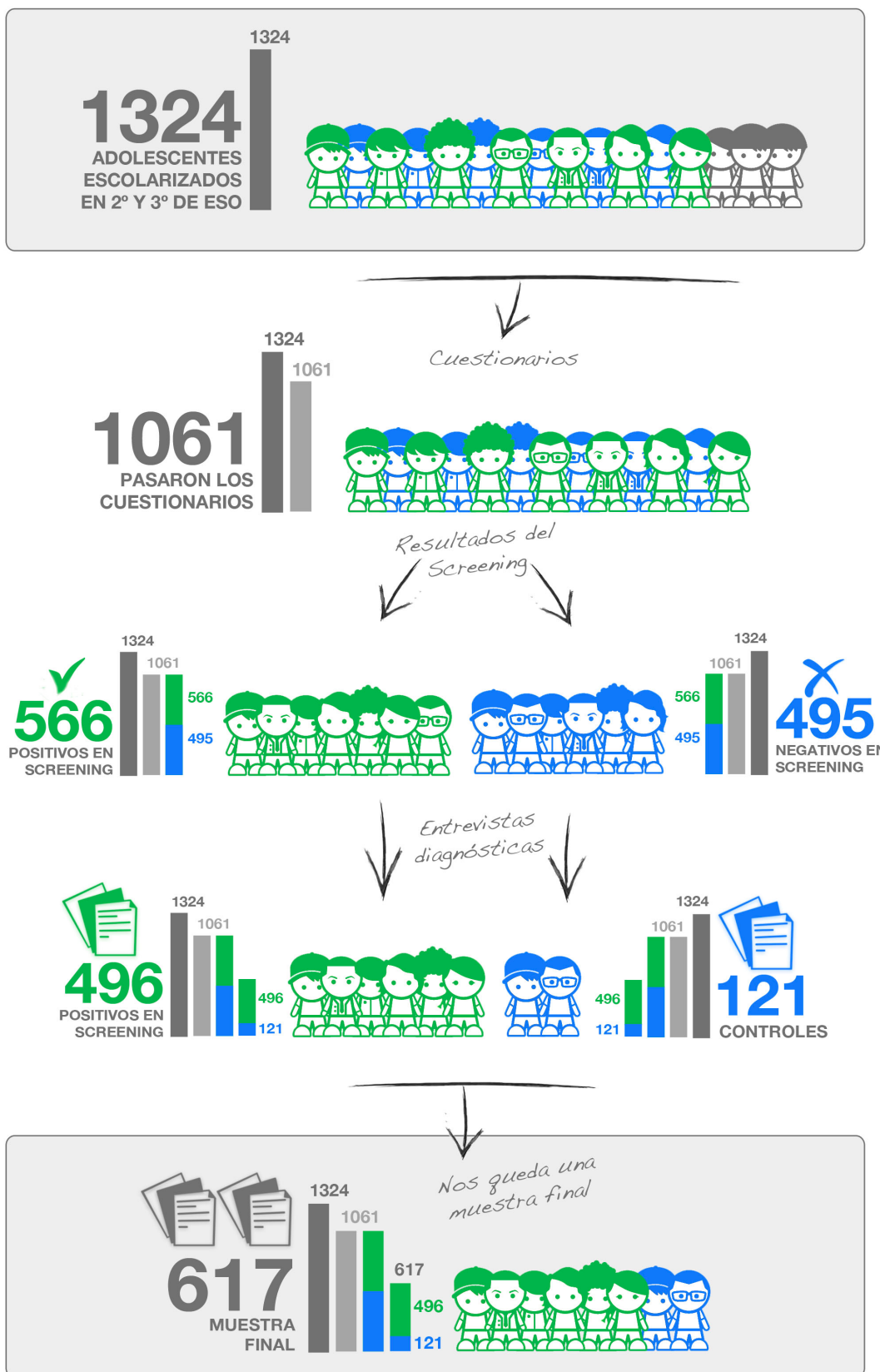
Por lo tanto para la evaluación de esta segunda fase se partía de 687 participantes. Sin embargo del grupo que dio positivo en el screening, 8 de los adolescentes abandonaron la escolarización al cumplir los 16 años, 6 cambiaron de residencia y ya no pertenecían al municipio foco de estudio, 10 cambiaron de centro escolar fuera de Rubí, 10 no quisieron participar en esta segunda fase del estudio, 3 alumnos fueron expulsados de los centros, 13 fueron calificados por los responsables de los centros como absentistas (baja frecuencia de asistencia al centro escolar), 3 de los alumnos durante este curso no asistieron al colegio por problemas de salud, y finalmente 15 de los participantes no estaban escolarizados en Rubí y los centros donde habían estado estudiando el curso anterior no conocían las razones de la no escolaridad. Por tanto, de los 566 participantes positivos en el screening, 70 fueron bajas, por lo que este grupo estuvo formado finalmente por 496 sujetos (el porcentaje de participación fue del 87,63%). En lo que respecta al grupo control, la participación fue del 100%, pudiendo realizar la evaluación a los 121 sujetos que conformaban este grupo. A continuación, la Figura 1 representa la distribución de la muestra a lo largo de la investigación.

4.2. Instrumentos

4.2.1. Life Events Checklist (LEC; Johnson y McCutcheon, 1980).

Para la medición de los acontecimientos vitales se partió del LEC pues se trata de un instrumento ampliamente utilizado en el estudio de los acontecimientos vitales, y consideramos oportuno traducir este instrumento, en lugar de usar otro ya adaptado por sus características que lo hacían idóneo para el actual proyecto de investigación. El LEC está compuesto por 46 ítems que representan diferentes acontecimientos vitales (p.ej., 'Separación de tus padres' y 'Muerte de un familiar'). A los participantes se les pregunta por los acontecimientos vividos en los últimos 12 meses y han de responder en qué medida los han vivido como positivos o negativos, y qué impacto les han causado (en una escala ordinal con 4 alternativas que van de 0 = ningún impacto a 3 = gran impacto).

Figura 1. Distribución de la muestra



El estudio de la fiabilidad test-retest en un intervalo temporal de 2 semanas concluyó una adecuada fiabilidad, con correlaciones del test-retest para el total de acontecimientos positivos y negativos del 0,69 y 0,72 respectivamente (Brand y Johnson, 1982).

Esta escala permitió obtener para este estudio las siguientes puntuaciones del LEC: a) el número total de acontecimientos vitales que ha vivido el sujeto; b) el número total de acontecimientos positivos y negativos; c) la puntuación total del impacto percibido como positivo (se obtuvo como la suma no ponderada del impacto de los acontecimientos autopercebidos como 'positivos'); d) la puntuación del impacto percibido como negativo (obtenido también a partir de la suma del impacto de los acontecimientos autopercebidos como 'negativos').

Para este proyecto se realizó una traducción y adaptación de dicho cuestionario, incluyendo la aplicación a un grupo piloto en un centro escolar próximo al municipio que contaba con características similares a las de los centros donde se realizó el estudio, y posteriormente se valoró la fiabilidad de consistencia interna y se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach aceptable (0,75). En cuanto a la traducción, en un primer momento se tradujo el cuestionario original al castellano y posteriormente a ello, se tradujo de nuevo al inglés para comprobar que no se había perdido contenido en las traducciones. Este proceso se llevó a cabo dos veces, por dos traductoras diferentes, para de este modo controlar aún más la pérdida de información y así obtener la traducción final. En cuanto a la adaptación, concretamente se unificaron los ítems: a) 'Divorcio de tus padres' y 'Separación de tus padres', en 'Divorcio o separación de tus padres', pues en definitiva representan para el sujeto un evento similar; b) 'Muerte de un amigo cercano' y 'Accidente o enfermedad grave de un amigo íntimo' en 'Muerte, accidente o enfermedad grave de tu pareja o de un/a amigo/a íntimo/a'; c) 'Embarazo propio' y 'Embarazo de tu pareja', en 'Embarazo propio o de tu pareja'; d) 'Aborto propio' y 'Aborto de tu pareja' en 'Aborto propio o de tu pareja', pues en ambos casos (embarazo y aborto) lo que nos interesa observar es la presencia o ausencia del acontecimiento y su nivel de afectación, y no que se haya vivido en primera o en tercera persona; e) 'Formar parte de un nuevo grupo', 'Dejar de hacer deporte de equipo' y 'Hacer deporte de equipo' en 'Formar parte de un

nuevo grupo (amigos, deporte, scouts)’ pues en nuestra cultura el formar parte de un grupo de deportes no está tan extendido en los institutos como lo está en las sociedades anglosajonas y consideramos englobar los diferentes grupos sociales posibles a esa edad en un solo ítem; f) por la misma razón se unificaron los ítems ‘Obtener un premio especial’ y ‘Especial reconocimiento en deporte’ en ‘Ganar un premio en un concurso, campeonato, etc.’. Además, se modificó el ítem ‘Cambio en el estatus económico de tus padres’ convirtiéndose en ‘Dificultades económicas importantes en tu casa’, pues los adolescentes a los que se les pasó la prueba les era más fácil de comprender el segundo enunciado. También se eliminaron del cuestionario los ítems ‘Perder el trabajo’ y ‘Conseguir un trabajo’ pues a la edad a la que se pasa este cuestionario es ilegal que los sujetos estén empleados. Y finalmente, se añadieron los siguientes cinco ítems: 1) ‘Haber sufrido aislamiento, rechazo o ridiculizaciones frecuentes por parte de tus compañeros’; 2) ‘Haber tenido problemas con el alcohol, las drogas u otro tipo de adicción’; 3) ‘Un familiar cercano ha creado problemas por algún tipo de adicción (alcohol, drogas, juego u otros)’; 4) ‘Haber sido víctima de algún delito (robo, agresión, etc.)’; y, 5) ‘Haber sido víctima de abuso sexual en algún momento de toda tu vida’. De este modo y tras los cambios señalados, esta versión del LEC queda compuesta por un total de 40 ítems (ver la versión adaptada del LEC en el ‘Cuadernillo del participante’ en el Anexo I).

Para finalizar es importante tener en cuenta que de este instrumento se obtiene información cualitativa, por lo que cuando se obtienen porcentajes se hace referencia a la presencia de dichos acontecimientos ya se hayan presentado éstos una única vez o de forma repetida.

4.2.2. Children’s Depression Inventory (CDI; Kovacs, 1992).

Autoinforme que valora sintomatología depresiva en niños y adolescentes de entre 7 y 17 años. Consta de un total de 27 ítems en los que el sujeto ha de escoger entre tres alternativas (en una escala ordinal con puntuación de 0 a 2), la que mejor describa cómo se ha sentido en las últimas dos semanas (por ejemplo, ‘Estoy triste de vez en cuando’, ‘Estoy triste muchas veces’, o ‘Estoy triste siempre’). La puntuación global del CDI se obtiene a partir de una suma directa de las respuestas dadas a cada

ítem, y está comprendida dentro del rango 0 a 54 puntos. El punto de corte que determina si la puntuación ha de considerarse 'de riesgo' se sitúa en 17 en población española, con una sensibilidad de 0,84 y una especificidad de 0,72 (Canals et al., 1991; Domènech-Llaberia, Subirà, y Cuxart, 1996). El CDI ha mostrado buena consistencia interna tanto en muestras clínicas como en no-clínicas, con valores alfa de Cronbach por encima del 0,7 (Kovacs, 1992). Concretamente, en población española el alfa fue de 0,8 (Del Barrio, Moreno-Rosset, y López-Martínez, 1999; Mestre, Frías, y García-Ros, 1992). En este proyecto, se ha obtenido un valor igual a 0,83.

4.2.3. Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED; Birmaher et al., 1997).

Autoinforme que mide sintomatología ansiosa en niños y adolescentes de entre 8 y 18 años. Está compuesto por 41 ítems y 5 subescalas: ansiedad generalizada (p.ej., 'Me preocupo por todo'), ansiedad de separación (p.ej., 'No me gusta estar lejos de mi familia'), trastorno de angustia (p.ej., 'Cuando me asusto mi corazón va más deprisa'), fobia social (p.ej., 'No me gusta estar con personas que no conozco demasiado') y fobia escolar (p.ej., 'Me asusta ir a la escuela'). Niños y adolescentes han de responder con qué frecuencia experimentan dichos síntomas mediante una escala ordinal con 3 alternativas de respuesta (0 = casi nunca, 1 = a veces, y 2 = casi siempre). La puntuación total se obtiene a través de la suma directa, y está comprendida dentro del rango 0 a 82. El punto de corte que determina si la puntuación ha de considerarse 'de riesgo' en población española en comunidad se sitúa en 25 (Vigil et al., 2009) siendo el mismo que encontraron Birmaher et al. en 1997. El SCARED ha mostrado excelente consistencia interna, con un alfa de Cronbach igual a 0,95 en población extranjera, (Birmaher et al., 1997; Muris et al., 1998). En población española, la consistencia interna fue también muy buena con un alfa = 0,83, así como la fiabilidad test re-test con puntuaciones entre $r = 0,55$ y $r = 0,72$ (Doval, Martínez, y Domènech-Llaberia, 2011). Para este proyecto, se ha obtenido un valor alfa muy bueno igual a 0,85.

4.2.4. Anxiety Disorders Interview Schedule for Children (ADIS-IV-C; Silverman, Albano, y Sandín, 2003).

Entrevista estructurada individual que evalúa a través de los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR: Trastorno de Ansiedad de Separación, Trastorno de Ansiedad Generalizada, Fobia Social, Fobia Específica, Trastorno de Angustia, Trastorno Obsesivo-Compulsivo, Trastorno de Estrés Postraumático, Temores Nocturnos, Trastorno de Depresión Mayor, Trastorno Distímico, Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad y, Trastorno de Conducta. Durante la entrevista se registra con un 'Sí', cuando están presentes los criterios diagnósticos o un 'No', cuando están ausentes. Una vez han sido evaluados los criterios, el número de síntomas informados es comparado con el número de síntomas que contiene el DSM-IV-TR para obtener el diagnóstico.

4.2.5. Hollinghead (Hollingshead, 1975).

Test que permite asignar a los participantes en uno de los cinco niveles socioeconómicos (alto, medio-alto, medio, medio-bajo, bajo) en función, en este caso, de los estudios y del trabajo actual de los padres de los participantes. Además, para completar la información sociodemográfica se elabora ad-hoc un cuestionario, en el que se recoge información concerniente a la edad, sexo, lugar de procedencia, estructura familiar, curso escolar, y tipo de colegio.

4.3. Procedimiento

Tras la aprobación de la Comisión de Ética en Experimentación Humana de la Universidad Autónoma de Barcelona (ver Anexo II), con el informe favorable de la Comisión de Investigación de esta misma universidad (ver Anexo III), y con la conformidad de los Servicios Territoriales de Educación del Vallés (Generalitat de Catalunya), se solicitó la colaboración a la dirección de los colegios de educación secundaria de la localidad de Rubí. Una vez los centros confirmaron su colaboración se requirió el consentimiento firmado de los padres de los participantes (ver carta de presentación a las familias y documento de consentimiento informado en los Anexos

IV y V). Y finalmente, tras explicar los objetivos, garantizar la confidencialidad e informar sobre la voluntariedad de la participación, se solicitó el consentimiento informado verbal de los propios participantes.

En una primera fase los adolescentes completaron las pruebas de evaluación en el propio centro educativo, en horario escolar, y en presencia de su profesor y de dos investigadores que estuvieron presentes en el aula para resolver las posibles dudas que pudieran surgir. Esta evaluación duró aproximadamente entre 45 y 60 minutos.

Tras esta primera fase se consolidaron dos grupos, uno de alta prevalencia de ansiedad y/o depresión pues lo componían aquellos participantes cuyas puntuaciones eran superiores al punto de corte en el SCARED y el CDI, y el grupo control que estaba formado por participantes cuyas puntuaciones en el SCARED y el CDI se encontraban por debajo del punto de corte.

Tanto a los componentes del grupo con resultados positivos en el screening, como del grupo control, en una segunda fase les fue administrada la entrevista diagnóstica. Esta segunda evaluación se realiza en el propio centro educativo, en horario escolar y en un aula adecuada para ello, pues en este caso la valoración se realiza de forma individualizada y tan solo en presencia del investigador. Es por ello que la evaluación en esta segunda fase duró aproximadamente entre 60 y 90 minutos por participante.

A continuación, la Figura 2 representa el procedimiento llevado a cabo para realizar este trabajo, y la Figura 3 presenta el flujo de participantes en los diferentes estudios.

Figura 2. Procedimiento

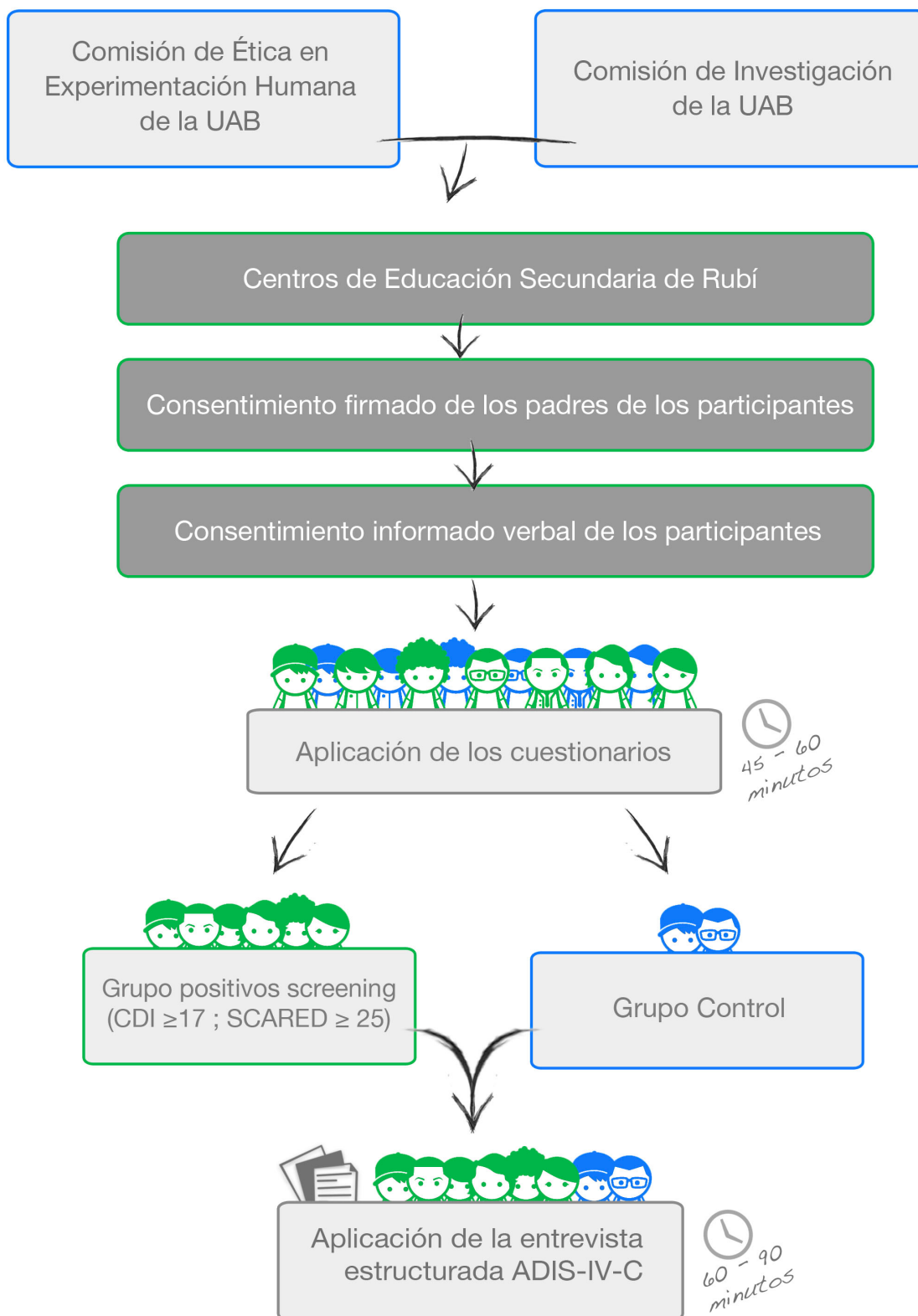
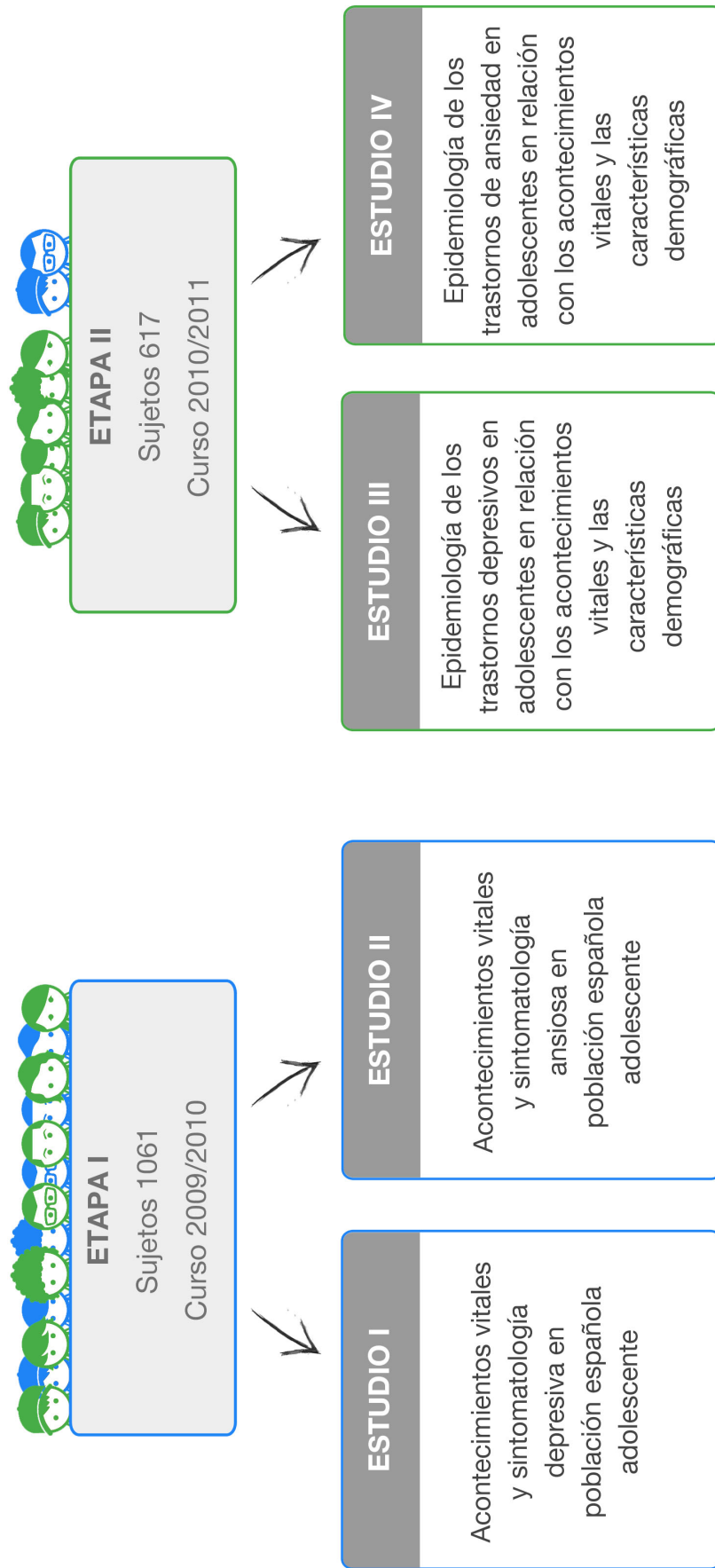


Figura 3. Esquema del flujo de participantes de la investigación en los diferentes estudios y cronología



4.4. Análisis estadísticos realizados

El análisis estadístico se realizó con el programa PASW17W (sistema SPSS).

En los estudios I y II descritos en los capítulos 6 y 7, en un primer momento se realizaron correlaciones entre las variables del estudio para valorar las relaciones significativas, y a continuación se llevaron a cabo modelos de regresión lineal múltiple que permitieron valorar la relación entre los predictores número de acontecimientos vitales estresantes y nivel de afectación/impacto por los AV vividos, con la variable dependiente puntuación total en sintomatología depresiva (CDI total; en el capítulo 6) y con la variable dependiente puntuación total en sintomatología ansiosa (SCARED total; en el capítulo 7). El ajuste de estos modelos se efectuó con el método ENTER, para obtener la contribución específica de cada variable independiente controlando por los efectos de los restantes predictores del modelo.

Tras ello, se repitieron los modelos esta vez utilizando un análisis jerárquico en el que para evitar posibles sesgos por otras variables externas a la investigación, y estrechamente relacionadas con las medidas analizadas, se controlaron a modo de covariables el sexo, la edad, el lugar de procedencia (inmigración) y la puntuación total en ansiedad (con el cuestionario SCARED; en el capítulo 6), y la puntuación total en depresión (con el cuestionario CDI; en el capítulo 7). El ajuste de éstos modelos de regresión se efectuó en tres pasos: a) en primer lugar se introdujeron las covariables; b) en segundo lugar se agregaron las variables independientes del modelo (número de acontecimientos vitales estresantes y nivel de afectación/impacto); c) en tercer lugar se agregaron las interacciones de primer orden (generadas como nuevas variables) entre los predictores y las covariables. Si las interacciones no eran significativas ($p > 0,05$), se excluían del modelo y se estimaban los efectos principales de las variables independientes. En caso de interacción significativa ($p \leq 0,05$), las interacciones se mantenían y se estimaban los efectos simples.

La capacidad predictiva global de los modelos de regresión múltiple (porcentaje de variabilidad de la respuesta atribuible al modelo) se valoró con el coeficiente R^2 ajustado, una vez excluida la contribución de las covariables.

En los estudios III y IV descritos en los capítulos 8 y 9 respectivamente, se realizaron correlaciones entre las variables del estudio para valorar las relaciones significativas, y a continuación se llevó a cabo el mismo procedimiento para el análisis estadístico que en los estudios previos, salvo que en este caso las variables dependientes eran los diagnósticos de trastornos psicológicos obtenidos a través de la ADIS-IV-C y por tanto los modelos de regresión eran logísticos en lugar de lineales por tratarse de variables cualitativas. Concretamente, estos modelos de regresión logística permitieron valorar la relación entre los predictores número de acontecimientos vitales estresantes y nivel de afectación/impacto por los AV vividos, con las variables dependientes Trastorno de Depresión Mayor y Trastorno Distímico en el estudio III, y con Trastorno de Angustia, Agorafobia, Fobia Social, Fobia Específica, Trastorno de Ansiedad de Separación, Trastorno de Ansiedad Generalizada, y Trastorno Obsesivo-Compulsivo en el estudio IV.

En el estudio III se controlaron a modo de covariables el sexo, el tipo de escuela y el diagnóstico de trastornos de ansiedad (tener diagnóstico de cualquiera de los trastornos de ansiedad evaluados: Trastorno de angustia, Agorafobia, Fobia Social, Fobia Específica, Trastorno de Ansiedad de Separación, Trastorno de Ansiedad Generalizada y/o Trastorno Obsesivo-Compulsivo). Y en el estudio IV se controlaron como covariables el sexo, el curso y el diagnóstico de trastornos depresivos (tener diagnóstico de Trastorno de Depresión Mayor y/o Trastorno Distímico).

La capacidad predictiva global de los modelos de regresión logística (porcentaje de variabilidad de la respuesta atribuible al modelo) se valoró con el coeficiente R^2 de Nagelkerke, y la bondad de ajuste (resumen de la discrepancia entre los valores observados y los valores esperados en el modelo) con la prueba de Hosmer y Lemeshow.

En la Tabla 1 se observan los sujetos, los instrumentos utilizados y los análisis estadísticos para cada uno de los estudios que componen esta tesis.

Tabla 1. Sujetos, instrumentos y análisis estadísticos para cada uno de los estudios que configuran esta tesis

Estudio	N	H/M	Metodología	Instrumentos	Análisis
I	1061	559/502	Autoinforme	CDI SCARED Adaptación LEC	Análisis descriptivo Coeficiente de correlación de Pearson Regresión lineal múltiple
II	1061	559/502	Autoinforme	CDI SCARED Adaptación LEC	Análisis descriptivo Coeficiente de correlación de Pearson Regresión lineal múltiple
III	617	274/343	Autoinforme y entrevista diagnóstica	ADIS-IV-R Adaptación LEC	Análisis descriptivo Coeficiente de correlación de Pearson Regresión lineal múltiple Pruebas Chi-cuadrado Odds ratio
IV	617	274/343	Autoinforme y entrevista diagnóstica	ADIS-IV-R Adaptación LEC	Análisis descriptivo Coeficiente de correlación de Pearson Regresión lineal múltiple Pruebas Chi-cuadrado Odds ratio

N = muestra total, H = hombre, M = mujer

Capítulo 5

Estudio I

Nota¹: El presente estudio se publicó en: Ferreira, E., Granero, R., Noorian, Z., Romero, K. y Domènech-Llaberia, E. (2012) Acontecimientos vitales y sintomatología depresiva en población adolescente. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, Vol. 17 (2), 123-136.

Nota²: Además, una reformulación del presente estudio, con un carácter más divulgativo se publicó en: Ferreira, E., Granero, R., Noorian, Z., Romero, K. y Domènech-Llaberia, E. (2013) Acontecimientos vitales y sintomatología depresiva en adolescentes. Recuperado de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=4468&cat=50

5. Estudio I

“Acontecimientos vitales y sintomatología depresiva en población española adolescente”

Los objetivos de esta investigación son: 1) conocer si la vivencia de AV negativos aumenta la presencia de sintomatología depresiva, y si por el contrario, la vivencia de AV positivos la disminuye; 2) analizar si dicha presencia y nivel de afectación varían en función del nivel de impacto percibido por los AV, tanto positivos como negativos; 3) explorar qué subtipo/s de AV (familiar, social, escolar o de salud) está/n más estrechamente relacionado/s con la presencia y nivel de afectación de sintomatología depresiva; y 4) valorar si el grado de sintomatología depresiva se relaciona con el nivel de afectación o impacto percibido por los AV.

5.1. Descriptivos de la muestra

Este primer estudio se basa en la muestra de la primera fase de la investigación, que estuvo formada por 1061 sujetos (el porcentaje de participación fue del 80,1%). El 52,7% pertenecía al sexo masculino y el rango de edad estuvo comprendido entre los 13 y los 16 años (*media* = 13,92; *DE* = 0,78). Respecto a la procedencia, el 21,2% eran inmigrantes nacidos fuera de España. El 50,2% de los participantes cursaba 2º de la ESO, y el 49,8% a 3º. Respecto al tipo de escuela, el 63,3% procedía de colegios públicos y el 36,7% de colegios concertados. De acuerdo al índice sociodemográfico de Hollingshead (1975), que se construye a partir del nivel de estudios y la profesión de los principales cuidadores de los adolescentes, el 23,5% de los participantes tienen un nivel socioeconómico entre medio-alto y alto, un 30,8% un nivel medio y el restante 45,6% niveles medio-bajo o bajo. La Tabla 2 presenta la descripción completa de la muestra.

Tabla 2. Descriptivos de la muestra.

Edad (años); <i>N (%)</i>	13 años	331 (31,2%)
	14 años	510 (48,1%)
	15 años	192 (18,1%)
	16 años	27 (2,5%)
Edad (años); <i>media (DE)</i>	13,92 (0,768)	
Sexo; <i>N (%)</i>	Masculino	559 (52,7%)
	Femenino	502 (47,3%)
Curso escolar; <i>N (%)</i>	2º ESO	533 (50,2%)
	3º ESO	528 (49,8%)
Tipo de escuela; <i>N (%)</i>	Público	672 (63,3%)
	Concertado	389 (36,7%)
Nivel socioeconómico; <i>N (%)</i> (Hollingshead, 1975)	Alto	10 (1,0%)
	Medio-Alto	232 (22,5%)
	Medio	317 (30,8%)
	Medio-Bajo	397 (38,6%)
	Bajo	73 (7,1%)
Lugar de procedencia; <i>N (%)</i>	España	834 (78,8%)
	América latina	159 (15,0%)
	África	47 (4,4%)
	Asia	14 (1,3%)
	Europa	5 (0,5%)

DE: Desviación estándar.

ESO: Enseñanza Secundaria Obligatoria.

5.2. Resultados

En este estudio se ha obtenido que el 20,0% de la población estudiada presenta sintomatología depresiva ($PD \geq 17$ en el CDI), y que el 92,5% ha vivido al menos un acontecimiento vital, encontrando que el 80,5% de los participantes han vivido acontecimientos positivos y el 86,1% negativos. En cuanto a las subescalas, los acontecimientos vitales familiares son los que presentan una mayor frecuencia de respuesta con un 85,4%, y el que presenta menor frecuencia es el subgrupo de salud con un 12,7%. Ver en tabla 3 descriptivos completos de las variables.

Tabla 3. Descriptivos de las variables.

	Media (DE)	Presencia %
Sintomatología depresiva	11,51 (6,315)	20,0
Sintomatología ansiosa	22,91 (8,914)	38,3
AV positivos	2,04 (1,750)	80,5
AV negativos	3,34 (3,023)	86,1
AV total	5,39 (3,934)	92,5
Afectación por AV positivos	16,13 (5,216)	
Afectación por AV negativos	42,66 (8,070)	
Afectación por AV totales	58,79 (9,760)	
AV familiar positivos	0,72 (0,935)	49,3
AV familiar negativos	2,04 (1,865)	77,2
AV familiar total	2,77 (2,220)	85,4
Afectación por AV familiar positivos	5,48 (2,780)	
Afectación por AV familiar negativos	22,03 (4,985)	
Afectación por AV familiar totales	27,51 (5,415)	
AV escolar positivos	0,48 (0,569)	44,3
AV escolar negativos	0,67 (1,008)	39,9
AV escolar total	1,14 (1,144)	67,4
Afectación por AV escolar positivos	2,86 (1,827)	
Afectación por AV escolar negativos	7,44 (3,127)	
Afectación por AV escolar totales	10,30 (3,666)	
AV social positivos	0,84 (1,013)	51,8
AV social negativos	0,53 (0,848)	36,2
AV social total	1,37 (1,536)	62,6
Afectación por AV social positivos	7,80 (3,272)	
Afectación por AV social negativos	10,07 (3,252)	
Afectación por AV social totales	17,86 (4,920)	
AV salud positivos	0,01 (0,126)	1,3
AV salud negativos	0,15 (0,441)	11,9
AV salud total	0,16 (0,468)	12,7
Afectación por AV salud positivos	1,94 (1,872)	
Afectación por AV salud negativos	6,40 (2,556)	
Afectación por AV salud totales	8,34 (3,559)	

DE: Desviación Estándar.

5.2.1. AV totales y sintomatología depresiva

La Tabla 4 presenta el modelo de regresión múltiple que valora la relación entre las variables predictoras total de sucesos vitales (diferenciando entre positivos y negativos) y nivel de afectación-impacto y, la variable dependiente puntuación total en sintomatología depresiva (CDI). Puesto que se ha obtenido una interacción significativa entre la variable total de AV negativos y procedencia (ser o no inmigrante, $p = 0,044$) dicho parámetro ha sido retenido en el modelo. El modelo final indica que cada AV percibido como positivo disminuye en 0,317 puntos la sintomatología depresiva (tanto en población española como inmigrante), mientras que cada AV negativo aumenta la sintomatología depresiva 0,713 puntos en población española y 0,378 puntos en población inmigrante.

En cuanto al nivel de afectación por AV los resultados indican que el nivel de impacto autopercebido por los sujetos no modifica significativamente la puntuación total del CDI. El modelo final de la Tabla 4 ha obtenido muy buena capacidad predictiva global, con $R^2_{ajustada} = 0,412$, ($F = 28,093$; $p < 0,001$).

Tabla 4. Asociación entre los AV y la puntuación total del CDI.

	B	β	t	p	IC 95% (B)	
Afectación total por AV positivos	-0,028	-0,023	-0,946	0,344	-0,085;	0,030
Afectación total por AV negativos	0,008	0,011	0,449	0,654	-0,027;	0,042
Número total de AV positivos	-0,317	-0,088	-3,485	0,001*	-0,496;	-0,139
Número total de AV negativos						
	<i>Españoles</i>	0,713	0,342	11,109	0,001*	0,587; 0,839
	<i>Inmigrantes</i>	0,378	0,181	4,034	0,001*	0,194; 0,561

Regresión múltiple ajustada por sexo, edad, puntuación ansiosa (SCARED) y procedencia (España u otros).
IC: Intervalo de Confianza.

5.2.2. Subtipos de AV y sintomatología depresiva

La Tabla 5 presenta el modelo final que valora la relación entre la sintomatología depresiva y los subtipos de AV (familiar, escolar, social y de salud). Ninguna interacción fue significativa ($p > 0,05$ en todos los casos). Por tanto se obtuvo e interpretó el modelo simple sin interacciones. Los resultados obtenidos indican que

de los AV familiares tan solo los negativos se relacionan significativamente con la sintomatología depresiva, aumentando cada uno de ellos en promedio la puntuación del CDI en 0,416 puntos. Lo mismo ocurre con los AV de salud negativos ($B = 0,985$). El total de AV sociales no se relaciona con la puntuación total en el CDI. En cambio, los AV escolares sí que lo hacen, disminuyendo los autopercebidos como positivos la puntuación total de depresión ($B = -1,685$), y aumentándola los negativos ($B = 1,227$). La capacidad predictiva global del modelo fue muy buena $R^2_{ajustada} = 0,436$, ($F = 24,433$; $p < 0,001$).

Tabla 5. Asociación entre el total de AV por subtipos y la puntuación total del CDI.

		B	β	t	p	IC 95% (B)	
Total AV familiar	Positivos	0,218	0,032	1,314	0,189	-0,107;	0,543
	Negativos	0,416	0,123	4,426	0,001*	0,232;	0,600
Total AV escolar	Positivos	-1,685	-0,152	-6,339	0,001*	-2,206;	-1,163
	Negativos	1,227	0,196	7,480	0,001*	0,905;	1,549
Total AV social	Positivos	-0,229	-0,036	-1,418	0,157	-0,545;	0,088
	Negativos	-0,153	-0,020	-0,715	0,475	-0,572;	0,267
Total AV salud	Positivos	1,690	0,034	1,423	0,155	-0,640;	4,020
	Negativos	0,985	0,069	2,535	0,011*	0,223;	1,747

Regresión múltiple ajustada por sexo, edad, puntuación ansiosa (SCARED) y procedencia (España u otros).
IC: Intervalo de Confianza.

5.2.3. Niveles de afectación de los AV y sintomatología depresiva

La Tabla 6 incluye el modelo final que valora el grado de afectación por subtipos de AV y la puntuación total del CDI. Se obtuvieron interacciones significativas entre la edad del sujeto y el nivel de afectación/impacto negativo por AV social ($p = 0,001$) y nivel de afectación/impacto negativo por AV salud ($p = 0,013$). Por consiguiente, se han estimado los efectos simples de ambas variables independientes para los distintos grupos de edad del estudio. Los resultados obtenidos indican que las relaciones son significativas para todas las edades, excepto los 14 años. En concreto, se observa que a los 13, 15 y 16 años el nivel de afectación negativa por AV social

disminuye la puntuación en sintomatología depresiva, mientras que el impacto por AV de salud negativo aumenta la puntuación de depresión.

Los niveles de afectaciones por AV familiares y escolares, tanto positivos como negativos, no se relacionaron significativamente con la sintomatología depresiva, así como tampoco los niveles de afectación por AV sociales y de salud positivos.

El modelo que se representa en la tabla 6 tiene una capacidad predictiva global muy buena, con $R^2_{ajustada} = 0,343$, ($F = 2,069$; $p < 0,024$).

Tabla 6. Asociación entre el nivel de afectación de AV por subtipos y la puntuación total del CDI.

	B	β	t	p	IC 95% (B)
Afectación positiva AV familiar	-0,071	-0,031	-1,133	0,257	-0,194; 0,052
Afectación negativa AV familiar	0,055	0,046	1,695	0,090	-0,009; 0,119
Afectación positiva AV escolar	0,057	0,017	0,649	0,517	-0,116; 0,230
Afectación negativa AV escolar	0,011	0,006	0,207	0,836	-0,095; 0,117
Afectación positiva AV social	-0,056	-0,030	-0,920	0,358	-0,176; 0,064
Afectación positiva AV salud	-0,110	-0,033	-0,993	0,321	-0,328; 0,108
Edad: 13años					
Afectación negativa AV sociales	-0,164	-0,320	-2,405	0,012*	-0,292; -0,036
Afectación negativa AV salud	0,175	0,249	1,001	0,036*	0,011; 0,338
Edad: 14 años					
Afectación negativa AV sociales	-0,020	-0,010	-0,307	0,759	-0,146; 0,106
Afectación negativa AV salud	0,091	0,039	1,184	0,237	-0,060; 0,241
Edad: 15 años					
Afectación negativa AV sociales	-0,272	-0,136	-2,509	0,012*	-0,485; -0,059
Afectación negativa AV salud	0,295	0,128	2,331	0,020*	0,047; 0,544
Edad: 16 años					
Afectación negativa AV sociales	-0,525	-0,262	-2,918	0,004*	-0,878; -0,172
Afectación negativa AV salud	0,500	0,216	2,397	0,017*	0,091; 0,910

Regresión múltiple ajustada por sexo, edad, puntuación ansiosa (SCARED) y procedencia (España u otros).
IC: Intervalo de Confianza.

5.3. Discusión

Anteriores investigaciones han documentado la relación existente entre los AV y la sintomatología depresiva (Ge, Coger, y Elder, 2001; Olsson et al., 1999; Williamson et al., 1998). El primer propósito del presente estudio ha sido determinar dicha

relación en población adolescente española, haciendo distinción entre los AV vivenciados como positivos, los AV negativos, y el nivel de impacto percibido de cada uno de los AV. Los resultados obtenidos nos indican que existe relación entre el número total de AV vividos y la sintomatología depresiva. Concretamente, se observa, como en otras investigaciones, (Goodyer, 2001; Olsson et al., 1999; Williamson et al., 1998), que los AV negativos incrementan la presencia de sintomatología depresiva, sin embargo en este caso y debido al tipo de población en el que se ha realizado la investigación se percibe que el lugar de procedencia es una variable moderadora del efecto y que por tanto la relación es diferente si la persona es autóctona, o si por el contrario es inmigrante no nacido en España. La variabilidad en esta relación reside en que es mayor el incremento que generan los AV en la presencia de sintomatología depresiva en la población española que en la población inmigrante. Esto, en contra de lo que se esperaba, que era un incremento mayor en sintomatología depresiva en la población inmigrante debido al mayor número de AV que éstos han vivido, podría explicarse a partir de la teoría, anteriormente mencionada, de la resiliencia. ¿Será que los autóctonos que han debido hacer frente en su vida a menos AV no han desarrollado las estrategias de afrontamiento suficientes para afrontarlos? o ¿será que algunos inmigrantes poseen un factor genético que les facilita una mayor resiliencia? El estudio de la interacción gen-entorno publicado en Science en 2002 (Caspi et al., 2002) señala que la combinación de ambos factores sería determinante en la relación vulnerabilidad resiliencia. El genotipo sería el que modula la sensibilidad al entorno y éste sería la respuesta al puzzle que ofrecería una respuesta al porqué algunas víctimas de maltrato no sufren efectos ulteriores y otras sí (McDermott, 2011).

Por otra parte, la relación entre el número total de AV positivos y la sintomatología depresiva no se encuentra moderada ni por la edad, ni por el lugar de procedencia, y en contra de lo que señalan Moreno et al. (1996), se observa que el número total de AV positivos disminuye la sintomatología depresiva, es decir, que a más AV positivos vividos menor es la presencia de sintomatología depresiva.

En cuanto al impacto percibido por los AV, los resultados indican que no existe relación significativa entre éstos y la sintomatología depresiva, ya sean los AV negativos o positivos. Algunos autores, que centran sus trabajos en la relación entre

los AV y la sintomatología ansiosa (Goodyer, 1990; Moreno et al., 1995) explican que es más relevante en la relación con la sintomatología ansiosa el haber vivido o no un acontecimiento estresante que el impacto percibido por él, es decir, se relaciona más con la sintomatología ansiosa el haber vivido muchas situaciones estresantes aunque el impacto percibido sea bajo, que haber vivido sólo una situación estresante con una afectación elevada. Esta explicación, a la vista de los resultados podría extrapolarse a la sintomatología depresiva.

Otro objetivo de esta investigación ha sido valorar la relación entre los subtipos de AV (familiar, escolar, social y de salud) y la sintomatología depresiva. Los resultados muestran que para el número total de AV sociales, tanto positivos como negativos, no hay relación significativa con la sintomatología depresiva, cuando investigaciones como la de Jiménez et al. (2008) indican lo contrario, que la sintomatología depresiva está ampliamente relacionada con los AV, específicamente con los relacionados con los iguales. Una posible explicación a esta disparidad, es que en esta investigación los AV sociales se refieren a una compilación de acontecimientos de pareja, jurídicos, y de ocio, y no sólo a aspectos centrados en las relaciones entre iguales. Además en algunas investigaciones como la de Olsson et al. (1999), y Puskar et al. (1999), se incluye el subtipo escolar dentro del social, mientras que en este caso se trata de dos subgrupos independientes. En el caso de los AV familiares, tan sólo los negativos presentan una relación significativa con la sintomatología depresiva, aumentando su presencia, aspecto que coincide con estudios previos (Jiménez et al., 2008; Olsson et al., 1999; Puskar et al., 1999). Lo mismo ocurre con los AV de salud, en los que los positivos no presentan una relación significativa, mientras que los negativos si, aumentando estos últimos la presencia de sintomatología depresiva. Finalmente, en cuanto al número total de AV escolares, se puede afirmar que tanto los positivos como los negativos están relacionados con la sintomatología depresiva, disminuyendo los primeros y aumentando los segundos la presencia de dichos síntomas. Por tanto, haber tenido AV escolares positivos podría ser un factor protector pues disminuye la sintomatología depresiva, mientras que haber tenido AV negativos podría ser un factor de riesgo, pues la aumenta. Cabe señalar que probablemente los ítems que hacen referencia a los AV escolares negativos, como es el caso del *bullying*, son demasiado escasos en nuestro

test de acontecimientos vitales, y puesto que actualmente este tema está saliendo a la luz, sería conveniente destacar que en las publicaciones más recientes se relaciona también el genotipo con el desarrollo de problemas emocionales en las víctimas de *bullying* (Sugden et al., 2010), y no serían los AV los que aisladamente serían los responsables de la sintomatología depresiva.

Dentro de este segundo objetivo se valoró también si el nivel de impacto percibido en cada subtipo de AV se relacionaba con sintomatología depresiva. Los resultados señalan que para los subgrupos familiar y escolar el nivel de afectación por AV positivos y negativos no tiene relación significativa con la sintomatología depresiva, lo que coincide con los resultados obtenidos en el primer objetivo, y por tanto puede explicarse por la misma razón. En cuanto a los niveles de afectación por AV negativos de salud y sociales, se observa que la edad es una variable moderadora del efecto y que por tanto las relaciones entre ellos y la sintomatología depresiva varían en función de la edad que tengan los participantes. Se observa que los AV sociales negativos durante la adolescencia disminuyen la presencia de sintomatología depresiva, a excepción del grupo de adolescentes de 14 años, en el que no se observa y es por ello que sería interesante observar el efecto del género. Esta incoherencia en relación a los resultados obtenidos en el resto de los subtipos de AV y en relación a otras investigaciones (Jiménez et al., 2008; Mayer et al., 2009; Moreno et al., 1996) podría explicarse por la hipótesis de que a esta edad los acontecimientos sociales son tan importantes, que ya sean estos positivos o negativos, el hecho de tenerlos implica la existencia de relaciones sociales, y por tanto de pertenencia a un grupo, y esto podría actuar como un factor protector ante la presencia de la sintomatología depresiva, tal y como lo son los AV positivos por si solos.

Y finalmente, en el caso del impacto percibido por los AV de salud negativos, éstos se relacionan significativamente con un aumento de la presencia de sintomatología depresiva, lo que coincide con lo expuesto por Olsson et al. (1999), que establecen entre los cinco acontecimientos más relacionados con los adolescentes depresivos, los AV de salud, por tanto era de esperar que el nivel de afectación por dichos acontecimientos estuviera relacionado con la sintomatología depresiva.

Capítulo 6

Estudio II

6. Estudio II

“Acontecimientos vitales y sintomatología ansiosa en población española adolescente”

Los objetivos de esta investigación son: 1) conocer si la vivencia de AV negativos aumenta la presencia de sintomatología ansiosa, y si por el contrario, la vivencia de AV positivos la disminuye; 2) analizar si dicha presencia y nivel de afectación varían en función del nivel de impacto percibido por los AV, tanto positivos como negativos; 3) explorar qué subtipo/s de AV (familiar, social, escolar o de salud) está/n más estrechamente relacionado/s con la presencia y nivel de afectación de sintomatología ansiosa; y 4) valorar si el grado de sintomatología ansiosa se relaciona con el nivel de afectación o impacto percibido por los AV.

6.1. Descriptivos de la muestra

Este segundo estudio también se basa en la muestra de la primera fase de la investigación, por lo que para no repetir información puede verse la descripción completa en la Tabla 2 (página 58).

6.2. Resultados

En este estudio se ha obtenido que el 38,3% de la población estudiada presenta sintomatología ansiosa ($PD \geq 25$), y del mismo modo que en el apartado anterior, al tratarse de la misma muestra que el primer estudio, los descriptivos completos de la variables se encuentran ya descritos en la Tabla 3 (página 59).

6.2.1. AV totales y sintomatología ansiosa

El modelo de regresión múltiple que valora la relación entre la variable dependiente puntuación total en sintomatología ansiosa (SCARED) y las variables predictoras acontecimientos vitales (positivos o negativos) y nivel de afectación-impacto percibido, no presenta interacciones significativas con las covariables sexo, edad y lugar de procedencia ($p < 0,05$ en todos los casos), lo que nos permite interpretar el modelo simple sin interacciones. Los resultados obtenidos indican que los AV positivos y el nivel de afectación por AV negativos incrementan en 0,330 y 0,089 puntos respectivamente la sintomatología ansiosa, mientras que los AV negativos y el nivel de afectación por AV positivos no presentan relaciones significativas con la puntuación total en el SCARED.

La capacidad predictiva global de este modelo, representado en la Tabla 7, es muy buena con una $R^2_{ajustada} = 0,355$, ($F = 5,267$; $p < 0,001$).

Tabla 7. Asociación entre los AV y la puntuación total del SCARED.

	B	β	t	p	IC 95% (B)	
Número total de AV positivos	0,330	0,134	2,463	0,014*	0,067;	0,593
Número total de AV negativos	0,097	0,086	1,134	0,257	-0,071;	0,265
Afectación total por AV positivos	0,037	0,043	0,867	0,386	-0,047;	0,121
Afectación total por AV negativos	0,089	0,028	3,196	0,001*	0,034;	0,144

Regresión múltiple ajustada por sexo, edad, puntuación depresión (CDI) y procedencia (España u otros).

IC: Intervalo de Confianza.

6.2.2. Subtipos de AV y sintomatología ansiosa

La Tabla 8 presenta el modelo final que valora la relación entre la sintomatología ansiosa y los subtipos de AV (familiar, escolar, social y de salud). Ninguna interacción con las covariables fue significativa ($p < 0,05$), por lo que se realizó e interpretó el modelo sin interacciones. Los resultados indican que los AV familiares negativos aumentan la sintomatología ansiosa ($B = 0,477$), y que los AV escolares positivos también aumentan la puntuación total en el SCARED ($B = 1,645$).

La capacidad predictiva global el modelo fue muy buena $R^2_{ajustada} = 0,359$, ($F = 4,123$; $p < 0,001$).

Tabla 8. Asociación entre el total de AV por subtipos y la puntuación total del SCARED.

		B	β	t	p	IC 95% (B)	
Total AV familiar	Positivos	-0,013	-0,001	-0,051	0,959	-0,5;	0,475
	Negativos	0,477	0,1	3,378	0,001*	0,2;	0,753
Total AV escolar	Positivos	1,645	0,105	4,081	0,001*	0,854;	2,435
	Negativos	-0,331	-0,038	-1,308	0,191	-0,827;	0,165
Total AV social	Positivos	0,001	0	0,004	0,997	-0,473;	0,474
	Negativos	0,197	0,019	0,615	0,538	-0,432;	0,827
Total AV salud	Positivos	1,205	0,015	0,597	0,55	-2,751;	5,161
	Negativos	-0,850	-0,042	-1,458	0,145	-1,994;	0,294

Regresión múltiple ajustada por sexo, edad, puntuación depresión (CDI) y procedencia (España u otros).
IC: Intervalo de Confianza.

6.2.3. Niveles de afectación de los AV y sintomatología ansiosa

El modelo de regresión que se representa en la Tabla 9, valora la relación entre la sintomatología ansiosa y el nivel de afectación por subtipos de AV. En este modelo las interacciones con las covariables sexo, edad y lugar de procedencia, tampoco son significativas ($p < 0,05$, en todos los casos), por lo que se obtiene el modelo sin las interacciones.

A pesar de que el modelo tiene una capacidad predictiva global muy buena $R^2_{ajustada} = 0,348$, ($F = 1,723$; $p < 0,089$), no es significativo.

Sin embargo, se valoran las relaciones entre las variables y se observa que la relación entre el nivel de afectación por AV familiares negativos y la sintomatología ansiosa es significativa ($p = 0,014$), aumentando el nivel de afectación la sintomatología ansiosa en 0,116 puntos.

Tabla 9. Asociación entre el nivel de afectación de AV por subtipos y la puntuación total del SCARED.

	B	β	t	P	IC 95% (B)	
Afectación positiva AV familiar	0,041	0,013	0,476	0,634	-0,128;	0,21
Afectación negativa AV familiar	0,116	0,065	2,464	0,014*	0,024;	0,208
Afectación positiva AV escolar	0,014	0,003	0,115	0,909	-0,229;	0,257
Afectación negativa AV escolar	0,042	0,015	0,579	0,563	-0,101;	0,185
Afectación positiva AV social	0,079	0,029	0,915	0,36	-0,091;	0,249
Afectación negativa AV social	0,151	0,055	1,773	0,077	-0,016;	0,318
Afectación positiva AV salud	-0,067	-0,014	-0,44	0,66	-0,368;	0,233
Afectación negativa AV salud	-0,064	-0,018	-0,58	0,562	-0,28;	0,152

Regresión múltiple ajustada por sexo, edad, puntuación depresión (CDI) y procedencia (España u otros).
IC: Intervalo de Confianza.

6.3. Discusión

Son diversos los estudios que han relacionado la vivencia de acontecimientos, sean estos estresantes o no, con la sintomatología ansiosa (Aune y Stiles, 2009; Carter, Garber, Ciesla y Cole, 2006; Espejo, Hammen, y Brennan, 2012; McMahon, Grant, Compas, Thurm y Ey, 2003; Phillips, Hammen, Brennan, Najman y Bor, 2005; Shanahan, Copeland, Costello y Angold, 2008). En este caso, y en relación al primer objetivo del estudio se ha observado que los AV positivos incrementan la sintomatología ansiosa, resultado que se contradice con la hipótesis inicial, que defendía que serían los AV negativos los que estarían relacionados con un aumento de esta sintomatología. Sin embargo este efecto no resulta desconcertante si se analizan estudios recientes como el de Flouri, Mavroveli y Panourgia (2013) en el que se observa que ya no es tanto el tipo de AV (positivo o negativo) lo que determinará la relación con la sintomatología ansiosa, sino que es la capacidad cognitiva y el afrontamiento que se hace de ese acontecimiento lo que modera la aparición de alteraciones emocionales. Otros autores como Masten et al., ya en 1999 encontraron que el nivel intelectual y el procesamiento cognitivo que se realiza sobre todo aquello que nos acontece, mucho tiene que ver en la manifestación de los trastornos emocionales. Y en base a esos resultados puede argumentarse que ciertos AV positivos

por la dedicación e implicación que suponen pueden generar tanta ansiedad o más que los AV negativos. Poniendo por caso que se premie a un alumno por su buen rendimiento o por su excelente actuación en un evento deportivo, puede deducirse, que por las expectativas personales y sociales que esto genera, a partir de ese momento para mantener ese nivel de rendimiento tendrá que aplicarse tanto o más que hasta el momento, lo que requerirá el uso de un mayor número de recursos para poderlo realizar, así como mayores niveles de ansiedad por la presión que de por sí ya supone la superación de los retos.

El siguiente objetivo de este estudio era valorar la relación entre el nivel de afectación o impacto percibido de los AV y la sintomatología ansiosa, y en este caso es el nivel de afectación por AV negativos el que estaría más relacionado con esta sintomatología. Autores como Espejo et al. (2012), señalan que es el nivel de afectación el que se relaciona realmente con la presencia o ausencia de sintomatología ansiosa, y que concretamente es el nivel de afectación negativo el que produce un mayor aumento en la presencia de dicha sintomatología. En otras palabras, es la percepción que tiene el sujeto sobre la negatividad del acontecimiento lo que se relaciona con la sintomatología ansiosa, pues un mismo AV puede ser percibido como negativo por una persona y positivo por otra, y es esta percepción y su nivel de afectación consecuente lo que va a determinar la presencia de sintomatología ansiosa. Es por ello que autores como Aune y Stiles (2009) van más allá y señalan que los AV percibidos como negativos han de considerarse factores de riesgo por la implicación que éstos tienen en la manifestación de sintomatología ansiosa.

Cuando se analiza la relación de la sintomatología ansiosa con los AV en función del subtipo de acontecimiento, se observa que de los cuatro subtipos de AV, los sociales y de salud no muestran relaciones significativas con la presencia de sintomatología ansiosa, resultado que se apoya en los argumentos defendidos por van Oort et al. (2011) que señalan que a pesar de que los AV sociales tienen repercusión durante la adolescencia, hay otros acontecimientos que por sus características son más relevantes y por tanto su influencia en la manifestación de sintomatología ansiosa es mayor. En lo que respecta a los AV familiares, se observa que éstos, cuando son negativos, si aumentan la sintomatología ansiosa, aspecto ya defendido por diversos

autores que señalan que durante la adolescencia los AV familiares como los conflictos parentales, el control parental, el divorcio de los padres, el fallecimiento de algún familiar cercano y el escaso apoyo parental están relacionados con el aumento de la sintomatología ansiosa (Byrne y Mazanov, 2002; Grant et al., 2006). En relación a los AV escolares, los resultados muestran que son los positivos los que aumentan la sintomatología ansiosa. Esta relación se explica por los mismos criterios que se defendieron anteriormente por los autores Flouri et al. (2013) y Masten et al. (1999), que señalaron como aspectos a tener en cuenta en la manifestación de alteraciones de tipo ansioso la capacidad cognitiva y el afrontamiento que se hace del AV, más que el tipo de AV, sea este positivo o negativo. En este mismo sentido, autores como Repetti et al. (1999) ya señalaron que ciertos aspectos cotidianos como la asistencia al colegio, el rendimiento escolar, o la necesidad de decidir la profesión o rama profesional a escoger, podrían ser generadores de ansiedad a pesar de percibir estas vivencias como positivas.

Finalmente, en lo que al nivel de afectación en función del subtipo de AV se refiere, en este estudio se ha encontrado que es el nivel de impacto percibido por los AV familiares negativos el que está relacionado con el aumento de sintomatología ansiosa en la adolescencia. Estos resultados coinciden con lo expuesto por Lewis-Morrarty et al. (2012) y van Oort et al. (2011) que señalan que los factores familiares como el estilo parental autoritario o sobreprotector, la muerte de un familiar, o los problemas intrafamiliares, influyen en la manifestación de la ansiedad.

Capítulo 7

Estudio III

7. Estudio III

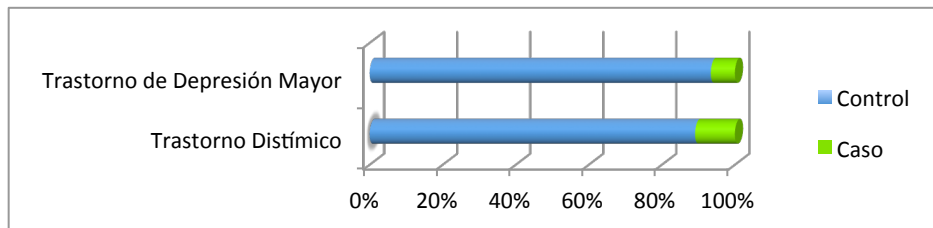
“Epidemiología de los trastornos depresivos en adolescentes en relación con los acontecimientos vitales y las características demográficas”

Los objetivos de esta investigación son: 1) conocer la relación entre la vivencia de AV y la presencia de trastornos depresivos; 2) analizar si dicha presencia y nivel de afectación varían en función del nivel de impacto percibido por los AV, tanto positivos como negativos; 3) explorar qué subtipo/s de AV (familiar, social, escolar o de salud) está/n más estrechamente relacionado/s con la presencia de trastornos depresivos; y 4) valorar si la presencia de trastornos depresivos se relacionan con el nivel de afectación o impacto percibido por los AV; 5) analizar el efecto de las características demográficas sobre los trastornos depresivos.

7.1. Descriptivos de la muestra

Este estudio se basa en la muestra de la segunda fase de la investigación, que estuvo formada por 617 sujetos, de los cuales 41 (6,6%) fueron diagnosticados de Trastorno de Depresión Mayor y 67 (10,9%) de Trastorno Distímico. En la Figura 4 puede observarse la proporción de casos y no casos en cada uno de los diagnósticos.

Figura 4. Trastornos depresivos: controles vs. casos.



Del total de la muestra, el 44,4% pertenecía al sexo masculino y el rango de edad estuvo comprendido entre los 14 y los 17 años (*media* = 14,94; *DE* = 0,781). Respecto a la procedencia, el 21,3% eran inmigrantes nacidos fuera de España, y en relación al tipo de escuela el 58,8% procedía de colegios públicos y el 41,2% de colegios concertados. De acuerdo al índice sociodemográfico de Hollingshead (1975), el 23,7% de los participantes tienen un nivel socioeconómico entre medio-alto y alto, el 31% un nivel medio y el restante 45,3% niveles medio-bajo o bajo. La Tabla 10 presenta la descripción de la muestra global.

Tabla 10. Descriptivos de la muestra general.

		TD	TDM	CONTROLES	TOTAL
Edad (años); <i>N</i> (%)	14 años	17 (25,4%)	11 (26,8%)	165 (31,4%)	188 (30,5%)
	15 años	30 (44,8%)	22 (53,7%)	257 (49%)	302 (48,9%)
	16 años	18 (26,9%)	7 (17,1%)	85 (16,2%)	106 (17,2%)
	17 años	2 (3%)	1 (2,4%)	18 (3,4%)	21 (3,4%)
Edad (años); <i>media</i> (<i>DE</i>)		15,07 (0,804)	14,95 (0,740)	14,92 (0,779)	14,94 (0,781)
Sexo; <i>N</i> (%)	Masculino	17 (25,4%)	7 (17,1%)	252 (48%)	274 (44,4%)
	Femenino	50 (74,6%)	34 (82,9%)	273 (52%)	343 (55,6%)
Curso escolar; <i>N</i> (%)	2º ESO	2 (3%)	---	3 (0,6%)	5 (0,8%)
	3º ESO	35 (52,2%)	24 (58,5%)	275 (52,4%)	322 (52,3%)
	4º ESO	30 (44,8%)	17 (41,5%)	247 (47%)	289 (46,9%)
Tipo de escuela; <i>N</i> (%)	Público	50 (74,6%)	29 (70,7%)	296 (56,4%)	363 (58,8%)
	Concertado	17 (25,4%)	12 (29,3%)	229 (43,6%)	254 (41,2%)
Nivel socioeconómico; <i>N</i> (%) (Hollingshead, 1975)	Alto	1 (1,6%)	1 (2,4%)	5 (1,0%)	7 (1,2%)
	Medio-Alto	14 (21,9%)	7 (17,1%)	118 (22,5%)	135 (22,5%)
	Medio	21 (32,8%)	11 (26,8%)	157 (29,9%)	186 (31,0%)
	Medio-Bajo	24 (37,5%)	17 (41,5%)	193 (36,8%)	227 (37,8%)
	Bajo	4 (6,3%)	5 (12,2%)	38 (7,2%)	45 (7,5%)
Lugar de procedencia; <i>N</i> (%)	España	54 (80,6%)	29 (70,7%)	415 (79%)	485 (78,6%)
	América latina	11 (16,4%)	11 (26,8%)	72 (13,7%)	90 (14,6%)
	África	1 (1,5%)	1 (2,4%)	27 (5,1%)	30 (4,9%)
	Asia	---	---	4 (0,8%)	6 (1,0%)
	Europa	1 (1,5%)	---	6 (1,1%)	5 (0,8%)

DE: Desviación estándar; TD: Trastorno Distímico; TDM: Trastorno Depresión Mayor.

7.2. Resultados

Previo a la ejecución de los modelos de regresión se observaron las correlaciones entre las variables predictoras acontecimientos vitales (positivos o negativos) y nivel de afectación-impacto percibido, y las variables dependientes Trastorno Distímico y Trastorno de Depresión Mayor. Tal y como puede verse en la Tabla 11, los resultados de estas correlaciones ponen de manifiesto que a pesar de existir relaciones significativas entre las variables, los valores de r son cercanos a 0, por lo que la varianza explicada es baja. Y lo mismo ocurre con los valores de R^2 de los modelos de regresión que se analizarán en los siguientes apartados, que obtienen valores cercanos a 0 por lo que la varianza explicada por estos modelos es baja.

Tabla 11. Correlaciones entre variables.

	Trastorno Distímico	Trastorno Depresión Mayor
AV positivos	0,001	0,044
AV negativos	0,146**	0,163**
AV familiar positivo	-0,023	0,042
AV familiar negativo	0,072	0,096*
AV escolar positivo	-0,023	0,068
AV escolar negativo	0,159**	0,116**
AV social positivo	-0,039	-0,065
AV social negativo	0,094*	,080*
AV salud positivo	0,043	0,05
AV salud negativo	0,041	0,175**
Afectación por AV positivos	-0,017	0,084*
Afectación por AV negativos	0,04	0,168**
Afectación por AV familiar positivos	0,044	0,075
Afectación por AV familiar negativos	0,042	0,059
Afectación por AV escolar positivos	-0,033	0,001
Afectación por AV escolar negativos	0,05	0,085*
Afectación por AV social positivos	-0,052	0,009
Afectación por AV social negativos	0,067	0,091*
Afectación por AV salud positivos	0,01	0,028
Afectación por AV salud negativos	0,065	0,046

** p<0,01, *p<0.05

7.2.1. Efecto de los AV

Para valorar el efecto de los AV se realizaron dos modelos de regresión logística para cada variable dependiente (Trastorno Distímico y Trastorno Depresión Mayor), uno para apreciar la relación con la variable predictora total de AV negativos y otro para observar la relación con los subtipos de AV negativos: familiar, escolar, social y de salud. Se excluyen los AV positivos de los modelos por no correlacionar con las variables dependientes, (ver Tabla 11).

Como puede verse en la Tabla 12, los AV negativos están positivamente relacionados tanto con el Trastorno Distímico (OR = 1,095; IC = 1,019 – 1,177), como con el Trastorno de Depresión Mayor (OR = 1,119; IC = 1,029 – 1,217). Siendo el subtipo AV escolar negativo el único que está relacionado con el Trastorno Distímico (OR = 1,181; IC = 1,025 – 1,361), y el subtipo AV salud negativo con el TDM (OR = 1,577; IC = 1,143 – 2,174).

Tabla 12. Efecto de los AV negativos en los trastornos depresivos.

		OR	IC 95% (OR)	p	H-L	R ²
Trastorno Distímico	AV negativos	1,095	1,019; 1,177	0,014*	0,853	0,128
	AV familiar negativo	0,992	0,962; 1,023	0,596	0,311	0,137
	AV escolar negativo	1,181	1,025; 1,361	0,021*		
	AV social negativo	1,112	0,87; 1,421	0,396		
	AV salud negativo	0,889	0,657; 1,204	0,449		
Trastorno Depresión Mayor	AV negativos	1,119	1,029; 1,217	0,008**	0,935	0,159
	AV familiar negativo	1,017	0,979; 1,057	0,383	0,894	0,179
	AV escolar negativo	0,984	0,827; 1,171	0,855		
	AV social negativo	1,105	0,818; 1,493	0,516		
	AV salud negativo	1,577	1,143; 2,174	0,006**		

IC: Intervalo de Confianza; H-L: Prueba de Hosmer-Lemeshow. ** p<0,01, *p<0,05

7.2.2. Efecto del impacto percibido por los AV

Para valorar el efecto del impacto percibido por los AV negativos se realizaron dos modelos de regresión logística para la variable dependiente Trastorno de Depresión Mayor (se excluye el Trastorno Distímico por no correlacionar con las variables independientes), uno para valorar la relación con la variable predictora nivel de afectación total por AV negativos y otro para observar la relación con el nivel de afectación por los subtipos de AV negativos: familiar, escolar, social y de salud, (ver Tabla 13).

Los resultados ponen de manifiesto que el nivel de afectación por los subtipos de AV no se relaciona con el Trastorno de Depresión Mayor ($p > 0,05$ en todos los casos), mientras que si se relaciona con el impacto percibido global de los AV negativos, multiplicando por 1,985 el riesgo de padecer Trastorno de Depresión Mayor (IC = 1,295 – 3,042).

Tabla 13. Efecto del impacto percibido por los AV en los trastornos depresivos.

		OR	IC 95% (OR)		p	H-L	R ²
TDM	Afectación por AV negativos	1,985	1,295;	3,042	0,002**	0,520	0,169
	Afectación por AV familiar negativos	1,007	0,959;	1,057	0,787	0,154	0,095
	Afectación por AV escolar negativos	1,062	0,986;	1,144	0,11		
	Afectación por AV social negativos	1,041	0,956;	1,134	0,351		
	Afectación por AV salud negativos	0,957	0,857;	1,069	0,441		

IC: Intervalo de Confianza; H-L: Prueba de Hosmer-Lemeshow; TDM: Trastorno de Depresión Mayor. ** $p < 0,01$

En cuanto al nivel de afectación por los AV positivos, se valoró el efecto sobre el Trastorno de Depresión Mayor (único trastorno depresivo que correlaciona significativamente con las variables predictoras) y los resultados mostraron que no existen relaciones significativas entre el nivel de afectación por los AV positivos y la manifestación del Trastorno de Depresión Mayor ($p=0,086$).

7.2.3. Efecto de las características demográficas

Las características demográficas que correlacionaron con las variables dependientes Trastorno Distímico y Trastorno de Depresión Mayor fueron el género, el tipo de escuela (pública o concertada) y la comorbilidad con trastornos de ansiedad. Para evaluar el efecto de las características demográficas se realizó un modelo de regresión logística para cada una de las variables dependientes (ver Tabla 14).

Los resultados de los modelos indican que los Trastorno de Depresión Mayor y Distímico se relacionan negativamente con los trastornos de ansiedad ($p = 0$ en ambos casos). También se observa relación negativa entre el género y ambos trastornos depresivos, por tanto ser varón disminuye el riesgo de padecer Trastorno Distímico ($p = 0,013$; OR = 0,472; IC = 0,261 – 0,851) y Trastorno de Depresión Mayor ($p = 0,005$; OR = 0,296; IC = 0,127 – 0,689). Finalmente, los resultados del modelo indican que existe relación entre el tipo de escuela y el Trastorno Distímico ($p = 0,012$) observando que el riesgo de padecer Distimiaa aumenta si se está en un centro público (OR = 2,115; IC = 1,175 – 3,8067).

Tabla 14. Efecto de las características demográficas en los trastornos depresivos.

		OR	IC 95% (OR)	p	H-L	R ²
Trastorno Distímico	Sexo: masculino	0,472	0,261; 0,851	0,013*	0,997	0,110
	Tipo de escuela: pública	2,115	1,175; 3,806	0,012*		
	Trastorno Ansiedad	0,341	0,201; 0,579	0**		
Trastorno Depresión Mayor	Sexo: masculino	0,296	0,127; 0,689	0,005**	0,667	0,133
	Tipo de escuela: pública	1,571	0,771; 3,201	0,213		
	Trastorno Ansiedad	0,263	0,135; 0,515	0**		

IC: Intervalo de Confianza; H-L: Prueba de Hosmer-Lemeshow. ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$

7.3. Discusión

Cabía esperar, tras el análisis de estudios previos que los AV estarían relacionados con los trastornos depresivos de un modo u otro (Goodyer et al., 2000; López et al., 2012; Olsson et al., 1999; Williamson et al., 1998), pero no estaba tan claro en qué medida lo harían siendo la población de estudio adolescente.

En respuesta al primer propósito de este estudio que buscaba determinar la relación entre la vivencia de AV y la presencia de trastornos depresivos, se ha encontrado que los AV positivos no se relacionan con los trastornos depresivos de ningún modo, ni para aumentar su presencia, ni para disminuirla. Sin embargo, tal y como muestran también otras investigaciones (Rudolph, 2009; Sandín et al., 2009; Weller y Weller, 2000; Zavos et al., 2012) si se observan relaciones entre los AV negativos y los Trastornos de Depresión Mayor y Distímico, aumentando el riesgo de padecerlos y por tanto comportándose como un factor de riesgo en el desarrollo de trastornos de tipo depresivo.

Cuando se analiza la relación entre los subtipos de AV (familiar, escolar, social y de salud) y los trastornos depresivos, se observa que en función del tipo de AV negativo aumenta el riesgo de padecer un trastorno depresivo u otro. Concretamente, los AV escolares negativos aumentan el riesgo de padecer Trastorno Distímico, mientras que los AV de salud negativos aumentan el riesgo de padecer Trastorno de Depresión Mayor. Tal y como señalan autores como Buendía y Mira (1993) o Byrne y Mazanov (2002), se espera que durante la adolescencia los AV estresantes estén relacionados, entre otros, con el ámbito escolar, y es por ello que si los AV escolares negativos son una constante durante la adolescencia pueden llegar a generar un estado de desesperanza y frustración que conlleve a la manifestación del Trastorno Distímico. Por otra parte, el hecho de que los AV de salud negativos aumenten el riesgo de padecer Trastorno de Depresión Mayor, ha sido observado en otros estudios (Ramchandani y Psychogiou, 2009; Rice et al., 2002) y se explica por la gravedad en si misma que este tipo de AV conlleva, pues una intervención quirúrgica o la enfermedad propia o de un familiar en muchos casos requiere un proceso de asimilación que si no se desarrolla correctamente puede derivar en alteraciones patológicas.

En cuanto a la relación entre el nivel de impacto percibido por los AV y los trastornos depresivos se observa que sólo la afectación por el total de AV negativos se relaciona con el Trastorno de Depresión Mayor duplicando el riesgo de padecerlo. Tal y como señalaron Masten et al. (1999) la interpretación y el procesamiento cognitivo de lo que nos ocurre es tan determinante o más que el propio suceso, por tanto no es de extrañar que sea el nivel de impacto percibido de los AV negativos el factor que más

incrementa el riesgo de presentar Trastorno de Depresión Mayor. Y es por ello que la resiliencia juega un papel tan importante en el afrontamiento de los acontecimientos estresantes a lo largo del ciclo vital, pues la reformulación positiva o el desarrollo de competencias en contextos de riesgo facilitan la percepción de niveles de impacto inferiores y por tanto actúan como factores protectores de ajuste comportamental y psicológico (Egeland et al., 1993; Luthar et al., 2000; Rutter, 2007).

Por otra parte, en cuanto a la relación entre los trastornos depresivos y las características demográficas hay que destacar la incondicional relación entre los trastornos depresivos y el género, pues como era de esperar por los innumerables estudios epidemiológicos que así lo describen (Birmaher et al., 1996; Hyde et al., 2008; Kashani et al., 1987; Rutter, 1986; Scharaedley et al., 1999) pertenecer al género masculino reduce el riesgo de padecer tanto Trastorno de Depresión Mayor como Trastorno Distímico. Lo que no se esperaba era que el tipo de centro escolar fuera determinante para la manifestación del Trastorno Distímico y así ha sido, pues los resultados indican que asistir a un centro educativo público duplica el riesgo de padecer Distimia. Sin embargo, debido a la inverosimilitud del resultado es necesario replicar el estudio para observar si realmente es el centro educativo el que aumenta el riesgo de sufrir alteraciones psicológicas o si se debe a otra variable que en esta investigación no se haya tenido en cuenta, porque ¿realmente puede influir tanto el centro escolar en el desarrollo de trastornos mentales?. Quizás algún centro, por ideología, profesorado o nivel de exigencia podría efectivamente fomentar la frustración de los alumnos hasta el punto de promover en algunos casos trastornos depresivos, pero sería sorprendente que en nuestro país y en el siglo XXI, en función de la aportación económica que se realice al centro las probabilidades de padecer un trastorno mental varíen.

Finalmente, a pesar de no ser una variable demográfica, se analizó la relación entre los trastornos depresivos y la comorbilidad con los trastornos ansiosos, y obviamente se encontró, como en tantos otros estudios, que ambos trastornos están relacionados (Kovacs, 1990; Sandín et al., 2009; Weller y Weller, 2000).

Capítulo 8

Estudio IV

8. Estudio IV

“Epidemiología de los trastornos de ansiedad en adolescentes en relación con los acontecimientos vitales”

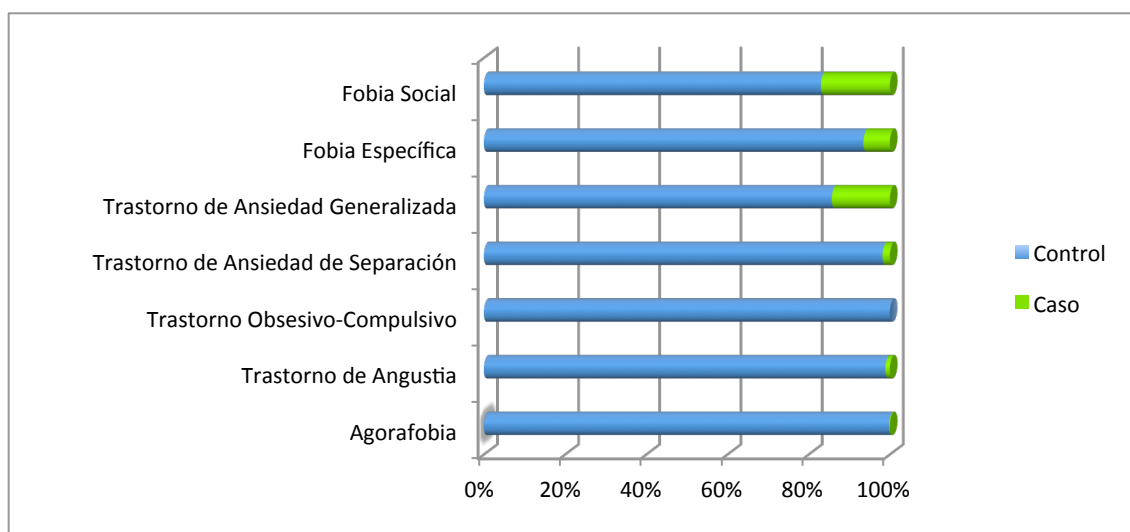
Los objetivos de esta investigación son: 1) conocer la relación entre la vivencia de AV y la presencia de trastornos de ansiedad; 2) analizar si dicha presencia y nivel de afectación varían en función del nivel de impacto percibido por los AV, tanto positivos como negativos; 3) explorar qué subtipo/s de AV (familiar, social, escolar o de salud) está/n más estrechamente relacionado/s con la presencia de trastornos de ansiedad; y 4) valorar si la presencia de trastornos ansiosos se relacionan con el nivel de afectación o impacto percibido por los AV; 5) analizar el efecto de las características demográficas sobre los trastornos de ansiedad.

8.1. Descriptivos de la muestra

Este estudio se basa en la muestra de la segunda fase de la investigación, que estuvo formada por 617 sujetos, de los cuales 105 (17%) fueron diagnosticados de Fobia Social, 40 (6,5%) de Fobia Específica, 88 (14,3%) de Trastorno de Ansiedad Generalizada, 11 (1,8%) de Trastorno de Ansiedad de Separación, 7 (1,1%) de Trastorno de Angustia, y 1 (0,2%) de Agorafobia. En la Figura 5 puede observarse la proporción de casos y no casos en cada uno de los diagnósticos.

Del total de la muestra, el 55,6% pertenecía al sexo femenino y el rango de edad estuvo comprendido entre los 14 y los 17 años (*media* = 14,94; *DE* = 0,781). Respecto a la procedencia, el 78,8% había nacido en España. Respecto al tipo de escuela, el 58,8% procedía de colegios públicos y el 41,2% de colegios concertados. De acuerdo al índice sociodemográfico de Hollingshead (1975), el 23,7% de los sujetos

Figura 5. Trastornos de ansiedad: controles vs. casos.



tienen un nivel socioeconómico entre medio-alto y alto, un 31% un nivel medio y el restante 45,3% niveles medio-bajo o bajo (porcentajes corregidos).

La Tabla 15 presenta la descripción de la muestra global.

8.2. Resultados

Previo a la ejecución de los modelos de regresión se observaron las correlaciones entre las variables predictoras acontecimientos vitales (positivos o negativos) y nivel de afectación-impacto percibido, y las variables dependientes Fobia Social, Fobia Específica, Trastornos de Ansiedad Generalizada, Trastorno de Ansiedad de Separación, Trastorno de Angustia y Agorafobia, para determinar qué variables estaban relacionadas y así incluirlas en los modelos (ver correlaciones en Tabla 16). De estas correlaciones se obtuvieron dos resultados, el primero que los trastornos de ansiedad relacionados con los AV y su nivel de afectación fueron la Fobia Específica, el Trastorno de Ansiedad Generalizada y el Trastorno de Ansiedad de Separación ($p < 0,05$ en todos los casos); y el segundo resultado fue que a pesar de existir relaciones significativas entre las variables, los valores de r son cercanos a 0, por lo que la varianza explicada es baja. Y lo mismo ocurre con los valores de R^2 de los modelos de regresión que se analizarán en los siguientes apartados que obtienen valores cercanos a 0, por lo que la varianza explicada por estos modelos es baja.

Tabla 15. Descriptivos de la muestra general.

		FS	FE	TAG	TAS	TP	A	CONTROLES	TOTAL
Edad (años); <i>N (%)</i>	14 años	32 (30,5%)	13 (32,5%)	32 (36,4%)	6 (54,5%)	---	---	126 (29,4%)	188 (30,5%)
	15 años	52 (49,5%)	18 (45%)	36 (40,9%)	1 (9,1%)	5 (71,4%)	1 (100%)	216 (50,3%)	302 (48,9%)
	16 años	18 (17,1%)	8 (20%)	17 (19,3%)	4 (36,4%)	2 (28,6%)	---	72 (16,8%)	106 (17,2%)
	17 años	3 (2,9%)	1 (2,5%)	3 (3,4%)	---	---	---	15 (3,5%)	21 (3,4%)
Edad (años); <i>media (DE)</i>		14,92 (0,768)	14,93 (0,797)	14,90 (0,831)	14,82 (0,982)	15,29 (0,488)	15 (0,0)	14,94 (0,774)	14,94 (0,781)
Sexo; <i>N (%)</i>	Masculino	37 (35,2%)	4 (10%)	28 (31,8%)	3 (27,3%)	1 (14,3%)	---	211 (49,2%)	274 (44,4%)
	Femenino	68 (64,8%)	36 (90%)	60 (68,2%)	8 (72,7%)	6 (85,7%)	1 (100%)	218 (50,8%)	343 (55,6%)
Curso escolar; <i>N (%)</i>	2º ESO	2 (1,9%)	2 (5,0%)	---	---	---	---	2 (0,5%)	5 (0,8%)
	3º ESO	58 (55,2%)	17 (42,5%)	57 (64,8%)	6 (54,5%)	3 (42,9%)	1 (100%)	215 (50,1%)	322 (52,3%)
	4º ESO	45 (42,9%)	21 (52,5%)	31 (35,2%)	5 (45,5%)	4 (57,1%)	---	212 (49,4%)	289 (46,9%)
Tipo de escuela; <i>N (%)</i>	Público	62 (59%)	24 (60%)	53 (60,2%)	8 (72,7%)	5 (71,4%)	1 (100%)	250 (58,3%)	363 (58,8%)
	Concertado	43 (41%)	16 (40%)	35 (39,8%)	3 (27,3%)	2 (28,6%)	---	179 (41,7%)	254 (41,2%)
Nivel socioeconómico; <i>N (%)</i> (Hollingshead, 1975)	Alto	---	---	2 (2,4%)	---	---	---	5 (1,2%)	7 (1,2%)
	Medio-Alto	15 (14,9%)	3 (8,1%)	20 (23,8%)	1 (9,1%)	---	---	105 (24,9%)	135 (22,5%)
	Medio	33 (32,7%)	13 (35,1%)	29 (34,5%)	2 (18,2%)	2 (33,3%)	---	127 (30,1%)	186 (31,0%)
	Medio-Bajo	44 (43,6%)	18 (48,6%)	29 (34,5%)	7 (63,6%)	3 (50,0%)	---	153 (36,3%)	227 (37,8%)
	Bajo	9 (8,9%)	3 (8,1%)	4 (4,8%)	1 (9,1%)	1 (16,7%)	1 (100%)	32 (7,6%)	45 (7,5%)
Lugar de procedencia; <i>N (%)</i>	España	76 (72,4%)	29 (72,5%)	68 (77,3%)	7 (63,6%)	6 (85,7%)	---	342 (79,9%)	485 (78,6%)
	América latina	17 (16,2%)	9 (22,5%)	12 (13,6%)	1 (9,1%)	1 (14,3%)	1 (100%)	62 (14,5%)	90 (14,6%)
	África	8 (7,6%)	1 (2,5%)	6 (6,8%)	2 (18,2%)	---	---	19 (4,4%)	30 (4,9%)
	Asia	2 (1,9%)	1 (2,5%)	---	---	---	---	3 (0,7%)	6 (1,0%)
	Europa	2 (1,9%)	---	2 (2,3%)	1 (9,1%)	---	---	2 (0,5%)	5 (0,8%)

DE: Desviación estándar; FS: Fobia Social; FE: Fobia Específica; TAG: Trastorno de Ansiedad Generalizada; TAS: Trastorno de Ansiedad de Separación; TP: Trastorno de angustia; A: Agorafobia.

Tabla 16. Correlaciones entre variables.

	FS	FE	TAG	TAS	TA	A
AV positivos	0,058	0,053	0,048	-0,063	0,038	0,044
AV negativos	0,046	0,206**	0,173**	0,093*	0,028	-0,048
AV familiar positivo	0,07	0,005	-0,028	0,022	0,04	0,025
AV familiar negativo	0,037	0,061	0,105**	0,057	0,016	0,028
AV escolar positivo	0,06	0,052	0,068	-0,043	0,013	0,100
AV escolar negativo	0,057	0,202**	0,200**	0,083*	0,02	-0,048
AV social positivo	0,024	-0,004	0,004	-0,07	0,042	-0,033
AV social negativo	0,027	0,160**	0,083*	0,092*	0,027	-0,027
AV salud positivo	0,037	0,049	0,01	-0,03	0,03	0,006
AV salud negativo	-0,008	0,047	0,063	0,024	0,018	-0,026
Afectación por AV positivos	-0,037	-0,037	0,116**	-0,019	-0,015	-0,006
Afectación por AV negativos	0,043	0,099*	0,022	0,035	0,031	-0,014
Afectación por AV familiar positivos	0,075	-0,002	-0,028	0,028	0,029	-0,004
Afectación por AV familiar negativos	0,04	0,06	0,138**	0,053	0,016	0,015
Afectación por AV escolar positivos	0,011	-0,02	-0,008	-0,018	0,036	0,067
Afectación por AV escolar negativos	-0,002	0,045	0,036	0,054	0,018	-0,005
Afectación por AV social positivos	0,053	0,019	-0,017	0,026	0,021	0,008
Afectación por AV social negativos	0,053	0,044	0,056	0,013	-0,007	0,033
Afectación por AV salud positivos	0,026	0,038	0,015	0,003	0,007	0,009
Afectación por AV salud negativos	0,056	0,026	0,016	0,026	0,003	0,056

DE: Desviación estándar; FS: Fobia Social; FE: Fobia Específica; TAG: Trastorno de Ansiedad Generalizada; TAS: Trastorno de Ansiedad de Separación; TA: Trastorno de Angustia; A: Agorafobia. ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$

8.2.1. AV y Trastornos de ansiedad

Para valorar el efecto de los AV se realizaron dos modelos de regresión logística para cada variable dependiente (Fobia Específica, Trastorno de Ansiedad Generalizada y Trastorno de Ansiedad de Separación), uno para apreciar la relación con la variable predictora total de AV negativos y otro para observar la relación con los subtipos de AV negativos: familiar, escolar, social y de salud. Se excluyen los AV positivos de los modelos por no correlacionar con las variables dependientes, ($p > 0,05$ en todos los casos).

Como puede verse en la Tabla 17, los AV negativos están positivamente relacionados con la Fobia Específica (OR = 1,197; IC = 1,096 – 1,308) y con el Trastorno de Ansiedad Generalizada (OR = 1,101; IC = 1,029 – 1,179). Lo mismo ocurre con los AV

escolares negativos, que son los únicos que están relacionados con la Fobia Específica (OR = 1,276; IC = 1,07 – 1,522) y con el Trastorno de Ansiedad Generalizada (OR = 1,264; IC = 1,107 – 1,443).

Tabla 17. Efecto de los AV negativos en los trastornos de ansiedad.

		OR	IC 95% (OR)		p	H-L	R ²
Fobia Específica	AV negativos	1,197	1,096;	1,308	0**	0,594	0,200
	AV familiar negativo	1,006	0,971;	1,043	0,731	0,878	0,221
	AV escolar negativo	1,276	1,07;	1,522	0,007**		
	AV social negativo	1,393	1,035;	1,874	0,029*		
	AV salud negativo	0,786	0,53;	1,166	0,232		
Trastorno Ansiedad Generalizada	AV negativos	1,101	1,029;	1,179	0,005**	0,204	0,154
	AV familiar negativo	1,016	0,992;	1,04	0,205	0,375	0,176
	AV escolar negativo	1,264	1,107;	1,443	0,001**		
	AV social negativo	0,953	0,75;	1,211	0,693		
	AV salud negativo	0,881	0,664;	1,169	0,381		
Trastorno Ansiedad Separación	AV negativos	1,12	0,968;	1,296	0,127	0,121	0,087
	AV familiar negativo	1,029	0,965;	1,097	0,383	0,659	0,108
	AV escolar negativo	1,117	0,826;	1,509	0,473		
	AV social negativo	1,361	0,838;	2,209	0,213		
	AV salud negativo	0,781	0,387;	1,576	0,49		

IC: Intervalo de Confianza; H-L: Prueba de Hosmer-Lemeshow. ** p<0,01, *p<0.05

8.2.2. Efecto del impacto percibido por los AV

Para valorar el efecto del impacto percibido por los AV negativos se realizaron dos modelos de regresión logística para cada variable dependiente (Fobia Específica, Trastorno de Ansiedad Generalizada y Trastorno de Ansiedad de Separación), uno para apreciar la relación con la variable predictora nivel de afectación total por AV negativos y otro para observar la relación con el nivel de afectación por los subtipos de AV negativos: familiar, escolar, social y de salud, (ver Tabla 18).

Como puede verse en la Tabla 18, el nivel de afectación por los AV negativos está positivamente relacionado con la Fobia Específica (OR = 1,771; IC = 1,02 – 3,076), sin embargo cuando el nivel de afectación se divide en subtipos, sólo se observa relación entre el nivel de afectación por AV familiar negativo y el Trastorno de Ansiedad Generalizada (OR = 1,089; IC = 1,039 – 1,147).

El modelo que valora la afectación por AV negativos sobre el Trastorno de Ansiedad de Separación con una $R^2 = 0,067$ y un valor de 0,628 en la prueba de Hosmer-Lemeshow no es significativo ($p = 0,752$), como tampoco lo es el modelo que valora el nivel de afectación por subtipos de AV negativos en el mismo trastorno ($p > 0,05$; $R^2 = 0,088$; H-L = 0,911).

Tabla 18. Efecto del impacto percibido por los AV en los trastornos de ansiedad.

		OR	IC 95% (OR)	p	H-L	R ²
FE	Afectación por AV negativos	1,771	1,02; 3,076	0,042*	0,320	0,153
	Afectación por AV familiar negativos	1,014	0,945; 1,089	0,697	0,937	0,146
	Afectación por AV escolar negativos	1,041	0,943; 1,151	0,425		
	Afectación por AV social negativos	1,05	0,932; 1,184	0,423		
	Afectación por AV salud negativos	0,969	0,847; 1,109	0,65		
TAG	Afectación por AV negativos	0,858	0,514; 1,433	0,559	0,821	0,135
	Afectación por AV familiar negativos	1,089	1,034; 1,147	0,001*	0,911	0,168
	Afectación por AV escolar negativos	0,999	0,929; 1,073	0,969		
	Afectación por AV social negativos	1,01	0,927; 1,101	0,815		
	Afectación por AV salud negativos	0,916	0,828; 1,013	0,086		

IC: Intervalo de Confianza; H-L: Prueba de Hosmer-Lemeshow; FE: Fobia Específica; TAG: Trastorno de Ansiedad Generalizada. ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$

En cuanto al nivel de afectación por los AV positivos para valorar su efecto sobre el Trastorno de Ansiedad Generalizada (única variable dependiente que correlaciona significativamente con las variables predictoras), se realizaron dos modelos, uno para el nivel de afectación total por AV positivos y otro para el nivel de afectación de los subtipos de AV positivos. En el primer modelo, el nivel de afectación total por AV positivos indica que éstos se relacionan positivamente con el Trastorno de

Ansiedad Generaliza ($p = 0,016$; $R^2 = 0,149$; H-L = 0,854), multiplicando por 4,201 el riesgo de padecer dicho trastorno con un intervalo de confianza muy amplio (IC = 1,301 – 13,570). En el segundo modelo, se observa que el nivel de afectación por subtipos de AV positivos (familiar, escolar, social y de salud) no se relacionan positivamente con el Trastorno de Ansiedad Generalizada ($p > 0,005$; $R^2 = 0,138$; H-L = 0,814).

8.2.3. Efecto de las características demográficas

Las características demográficas que correlacionaron con las variables dependientes Fobia Específica, Trastorno de Ansiedad Generalizada y Trastorno de Ansiedad de Separación, fueron el género y la comorbilidad con trastornos depresivos. Para evaluar el efecto de las características demográficas se realizó un modelo de regresión logística para cada una de las variables dependientes (ver Tabla 19).

Tabla 19. Efecto de las características demográficas en los trastornos de ansiedad.

		OR	IC 95% (OR)		p	H-L	R ²
Fobia Específica	Sexo: masculino	0,124	0,041;	0,37	0**	0,404	0,138
	Trastorno Depresión	0,541	0,257;	1,139	0,106		
Trastorno Ansiedad Generalizada	Sexo: masculino	0,656	0,395;	1,089	0,103	0,898	0,134
	Trastorno Depresión	0,203	0,12;	0,344	0**		
Trastorno Ansiedad Separación	Sexo: masculino	0,616	0,155;	2,45	0,492	0,729	0,067
	Trastorno Depresión	0,22	0,064;	0,761	0,017*		

IC: Intervalo de Confianza; H-L: Prueba de Hosmer-Lemeshow. ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$

Los resultados de las regresiones ponen de manifiesto que el Trastorno de Ansiedad de Separación y el Trastorno de Ansiedad Generalizada se relacionan negativamente con los trastornos depresivos ($p = 0,017$, $p = 0$, respectivamente). También se observa que existe relación entre el género y la Fobia Específica ($p = 0$) observando que el riesgo de padecer Fobia Específica disminuye si se es varón (OR = 0,124; IC = 0,041 – 0,37).

8.3. Discusión

Es de sobras conocido que entre los factores precipitantes de la sintomatología ansiosa y por tanto de los trastornos de ansiedad, se encuentran las experiencias traumáticas y los acontecimientos vitales (Rodríguez-Sacristán, 1995; van Oort, et al., 2011). A raíz de estas observaciones, surge el primer objetivo de este estudio que analiza la relación entre la vivencia de AV (ya sean estos positivos o negativos) y la presencia de trastornos de ansiedad. Tal y como se observa en los resultados, en el caso de la Fobia Específica son los AV negativos los que aumentan el riesgo de presentar el trastorno. Y si además se valoran los subtipos de AV negativos, se advierte que son los AV escolares y sociales los que incrementan el riesgo de presentar Fobia Específica. En el caso del Trastorno de Ansiedad Generalizada, los resultados son diferentes pues muestran que tanto los AV negativos como los AV positivos aumentan el riesgo de padecer el trastorno. En esta línea se encuentran las aseveraciones de Gothelf et al. (2004) que indican que la sintomatología ansiosa se incrementa en presencia de acontecimientos estresantes ya sean estos positivos o negativos. Flouri et al. (2013), en un estudio reciente señalan también que independientemente del tipo de AV de que se trate, la influencia en la manifestación de trastornos de ansiedad es inevitable si la capacidad cognitiva es escasa o si las estrategias de afrontamiento no son efectivas. En este caso, a modo de ejemplo, tanto recibir un suspenso como un sobresaliente serían generadores de ansiedad por los recursos que requerirían, pues el suspenso precisaría de más estudio, y el sobresaliente también para poder mantener ese nivel de rendimiento. Siguiendo con la relación entre los AV y el Trastorno de Ansiedad Generalizada, cuando se analizan los subtipos de AV se observa que sólo los AV escolares negativos aumentan el riesgo de padecer este trastorno. Autores como Buendía y Mira (1993) o Byrne y Mazanov (2002), ya señalaron que durante la etapa escolar y en especial durante la adolescencia se espera que los AV estresantes estén relacionados con el contexto académico, pues es un periodo en el que los adolescentes son conscientes de que está en juego su futuro (por las notas que obtengan, las asignaturas que escojan, etc.) y es por ello que la presencia de AV escolares negativos, pueden generar estados de ansiedad que si se prolongan en el tiempo o se agravan lleguen a derivar en un trastorno de ansiedad.

En cuanto a la relación entre el nivel de impacto percibido por los AV y los trastornos de ansiedad se observa que la afectación por el total de AV negativos se relaciona con la Fobia Específica aumentando el riesgo de padecerla, y que el nivel de impacto percibido por los AV familiares negativos aumenta el riesgo de presentar Trastorno de Ansiedad Generalizada. En este sentido, tal y como señalan Karevold et al. (2009) y Leve et al. (2005), no sólo lo que acontece personalmente al adolescente aumenta el riesgo de presentar alteraciones de ansiedad, sino que lo que ocurre en el foco familiar (conflictos familiares, separación de los padres, dificultades económicas, cambio de domicilio, etc.) puede ser determinante en la aparición de trastornos de tipo ansioso, y más cuando el nivel de impacto percibido por estos es elevado.

Por otra parte, en el análisis de la relación entre los trastornos depresivos y las características demográficas los resultados ponen de manifiesto diferencias en las relaciones en función del trastorno de ansiedad. Para empezar, hay que destacar la evidente relación entre la Fobia Específica y el género, pues como era de esperar por los diversos estudios epidemiológicos que así lo describen (Cyranowski et al., 2003; Schwartz et al., 1999) pertenecer al género masculino reduce el riesgo de padecer Fobia Específica. Y finalmente, a pesar de no ser una variable demográfica, se analizó la relación entre los trastornos ansiosos y la comorbilidad con los trastornos depresivos, y obviamente se encontró, como en tantos otros estudios, que ambos trastornos están relacionados (Kovacs, 1990; Sandín et al., 2009; Weller y Weller, 2000).

Capítulo 9

Discusión general y conclusiones

9. Discusión general y conclusiones

Puesto que cada estudio tiene su propia discusión de los resultados encontrados, y para evitar la repetición de información, el presente capítulo expone una visión integrada de los resultados de los 4 estudios desarrollados en este trabajo. A modo de resumen, previo a la discusión se muestran las conclusiones con los datos más relevantes de los análisis de las relaciones entre los acontecimientos vitales y la sintomatología depresiva y ansiosa (estudios I y II); y las relaciones entre de los acontecimientos vitales y los trastornos emocionales (estudios III y IV).

CONCLUSIONES I: Acontecimientos vitales y sintomatología depresiva/ansiosa

- ✓ Los acontecimientos vitales negativos incrementan la presencia de sintomatología depresiva y ansiosa.
- ✓ Durante la adolescencia, los acontecimientos vitales positivos disminuyen la sintomatología depresiva, pero aumentan la sintomatología ansiosa.
- ✓ Existen diferencias en la manifestación de sintomatología depresiva, causada por los acontecimientos vitales, según el lugar de procedencia: los españoles presentar mayor nivel de sintomatología depresiva frente a los inmigrantes ante similares acontecimientos vitales.
- ✓ Cuando la afectación percibida por los acontecimientos familiares negativos es elevada, se incrementa la sintomatología ansiosa.
- ✓ La afectación por los acontecimientos vitales escolares negativos incrementa la sintomatología depresiva.
- ✓ En la adolescencia, los acontecimientos sociales (sean éstos positivos o negativos) disminuyen la sintomatología depresiva.

CONCLUSIONES II: Acontecimientos vitales y trastornos emocionales

- La prevalencia de los trastornos depresivos en adolescentes es del 14,9%.
- La prevalencia de los trastornos de ansiedad en adolescentes es del 30,5%.
- Los acontecimientos vitales negativos incrementan la prevalencia de los trastornos depresivos y de ansiedad.
- De los acontecimientos negativos, los escolares aumentan la prevalencia tanto de los trastornos depresivos como de ansiedad.
- Los acontecimientos vitales positivos aumentan la prevalencia del Trastorno de Ansiedad Generalizada.
- Cuando la afectación percibida por los acontecimientos negativos es elevada, se incrementa la prevalencia tanto de los trastornos depresivos como de ansiedad.
- La comorbilidad de entre los trastornos emocionales es elevada.
- El género es la variable demográfica que más diferencias presenta en la prevalencia de los trastornos depresivos y ansiosos.

Lo más característico de este trabajo es que permite realizar una visión global del efecto de los AV sobre la salud mental de los adolescentes analizando tanto síntomas como trastornos. Esta visión es la que ha permitido observar que todos los AV influyen de una manera u otra sobre la presencia de sintomatología, pero que sin embargo cuando se trata de trastornos con definición categorial obtenida a través de entrevista clínica la influencia de los AV es más bien escasa.

El presente estudio pone de manifiesto que los AV actúan como factores de riesgo o como factores de protección, en función de la percepción que el adolescente tenga de ellos, y este efecto es determinante en el desarrollo de síntomas ya sean depresivos o ansiosos. Sin embargo, para que los AV sean igualmente determinantes en el desarrollo de trastornos emocionales (haciendo referencia a los trastornos depresivos y ansiosos analizados en este trabajo), el nivel de impacto percibido por estos AV ha de ser muy elevado.

Ford (2013), en su último artículo sobre la exposición al trauma en adolescentes explica que la experimentación de traumas profundos, de un alto nivel de afectación, hace que las personas que los sufren sean vulnerables al desarrollo de una serie de problemas fisiológicos, emocionales, conductuales y/o de relación con los iguales. En este mismo sentido expone que puesto que 3 de cada 5 adolescentes han vivido al menos un acontecimiento vital traumático, el estudio de los acontecimientos vitales y su efecto sobre la manifestación de alteraciones mentales es imprescindible para poder ofrecer guías al personal sanitario en las que se ayude a identificar a los niños y adolescentes en mayor riesgo de exposición al trauma, para así poder desarrollar modelos de prevención y tratamiento.

Y es que a la vista de los resultados de este trabajo se aprecia la importancia de desarrollar psicoterapias centradas en la sintomatología, para de este modo impedir que deriven en trastornos. Pues en esta investigación se ha observado que adolescentes con presencia de sintomatología ansiosa o depresiva había muchos, pero sin embargo que tuvieran diagnóstico de trastorno emocional no eran tantos. Concretamente, de los 212 adolescentes que presentaban sintomatología depresiva 92 fueron diagnosticados de trastornos depresivos, y de los 406 que presentaron sintomatología ansiosa 188 fueron diagnosticados de trastornos de ansiedad. Quizás algún lector pueda pensar que las cifras son positivas porque menos de la mitad de los adolescentes que presentan sintomatología desarrollan trastornos, pero a la vista de los datos obtenidos y de las afirmaciones realizadas por otros autores (Churchill et al., 2001; Goletz, Yang, Suhr-Dachs, Walter, y Döpfner, 2013) este porcentaje podría ser

todavía menor si las intervenciones se centraran en el momento de la aparición de sintomatología en lugar de esperar a la manifestación del trastorno, pues en la mayor parte de los casos una buena intervención centrada en los síntomas resultaría la mejor de las medidas preventivas en la manifestación de trastornos emocionales cuyo tratamiento es más costoso personal y económicamente por los recursos que requieren.

Por lo tanto, de este trabajo se puede concluir:

CONCLUSIONES III: Visión integradora

- ✧ Los AV influyen claramente (positiva o negativamente) en la presencia de sintomatología depresiva y/o ansiosa.
- ✧ La influencia de los AV en la manifestación de trastornos emocionales es muy baja en comparación con el efecto que ejercen sobre la manifestación de la sintomatología depresiva y/o ansiosa.
- ✧ El nivel de impacto percibido por los AV es decisivo en el desarrollo de alteraciones en la salud mental.

Capítulo 10

Puntos fuertes, limitaciones y futuras líneas de investigación

10. Puntos fuertes, limitaciones y futuras líneas de investigación

10.1. Puntos fuertes

Una de las características a destacar del proyecto es el alto porcentaje de participación (80,1%), muy superior a los valores referidos usualmente en estudios epidemiológicos con población comunitaria, que suelen oscilar en torno al 50% (Ayuso et al., 2001). Otra característica es la singularidad de la muestra, pues el hecho de que el 21,2% de la población sea inmigrante ha permitido obtener datos de este grupo poblacional que durante la última década ha aumentado considerablemente en territorio español, y del que a pesar de ello tenemos escasos datos.

Otro punto a destacar de esta investigación es que haya permitido obtener una visión global del efecto de los AV sobre la salud mental de los adolescentes analizando tanto síntomas como trastornos. Pues existen infinidad de estudios que se centran en unos u otros, pero escasos los que hagan comparativas entre síntomas y trastornos.

Los resultados de este estudio poseen implicaciones prácticas en el ámbito de la evaluación psicológica de los adolescentes, así como también sobre el desarrollo de programas de prevención e intervención psicosocial. En primer lugar, la vivencia de sucesos vitales no siempre debe ser interpretada como una medida de adversidad generadora de sintomatología depresiva, ansiosa o de trastornos emocionales, pues los valores depresivos/ansiosos informados por los sujetos parecen depender de la autopercepción de dichos eventos como positivos o negativos y de su nivel de afectación/impacto. En segundo lugar, y en relación a lo anterior, se hace necesario que los programas de evaluación y prevención valoren con precisión los aspectos estructurales de los acontecimientos vitales y su interacción con otros aspectos bio-psicosociales tales como la procedencia de los sujetos, su edad y por tanto el estadio evolutivo en el que se encuentran, la adolescencia.

10.2. Limitaciones

Una limitación del estudio es que se midieron los AV acontecidos únicamente en los últimos 12 meses, y es posible que sucesos o situaciones que hayan ocurrido en un espacio temporal más amplio sigan afectando al individuo en la actualidad y no tenemos constancia de ellos. La segunda limitación tiene que ver con la generabilidad de los resultados: la población de Rubí es una población particular puesto que los sujetos que forman parte del grupo de procedencia autóctona son en su mayoría hijos de una población que inmigró en las décadas de los 40, 50 y 60 a Cataluña desde otros puntos del país, (concretamente de tierras del sur como Andalucía y Murcia), y esto les diferencia de otras poblaciones de su alrededor. En tercer lugar, al contar tan solo con los datos que los menores aportan (pues son los únicos informadores, no se pasaron cuestionarios a padres, tutores legales o profesores), éstos pueden discernir de la realidad por no haber sido contrastados. En cuarto lugar, es necesario indicar que este trabajo es tan solo una aportación unilateral a la relación entre entorno y psicopatología, de la que en este momento no se puede ya obviar la importancia de la interacción individuo-entorno para comprender el fenómeno de la resiliencia individual frente a los AV que uno se encuentra a lo largo de la trayectoria vital. Finalmente, quizás la mayor de las limitaciones fuera la temporal, por la obligación de presentar la tesis en 3 años, restricción que no ha permitido desarrollar el proyecto completamente.

10.3. Futuras líneas de investigación

A partir de estos estudios y para ampliar los datos a cerca de la patología emocional de los adolescentes, las líneas de investigación futuras podrían encaminarse hacia:

- a. El desarrollo de proyectos en los que los informadores sean tanto los adolescentes como los padres, tutores legales, profesores o iguales, pues de este modo la información obtenida estaría contrastada y las inferencias de los resultados estarían menos sesgadas.
- b. El estudio longitudinal de los AV en la adolescencia y su nivel de impacto percibido, para valorar su efecto tanto a corto como a largo plazo sobre la salud mental.
- c. Proyectos que contemplen el impacto de los AV en la infancia sobre la patología emocional de los adolescentes.

Referencias

Referencias

- Aláez Fernández, M., Martínez-Arias, R., y Rodríguez-Sutil, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. [Prevalence of psychological disorders in children and adolescents and its relation with age and gender.]. *Psicothema*, *12*(4), 525-532.
- Albano, A. M., Chorpita, B. F., y Barlow, D. H. (1996). Childhood anxiety disorders. In E. J. Mash R. A. Barkley (Ed.), *Child psychopathology* (2ª ed., pp. 196-241). New York, NY, US: Guilford Press.
- American Psychiatric Association, APA (2002). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Barcelona: Masson
- American Psychiatric Association, APA (2013). *DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington: VA, American Psychiatric Association.
- Andrews, B., y Brown, G. W. (1993). Self-esteem and vulnerability to depression: The concurrent validity of interview and questionnaire measures. *Journal of abnormal psychology*, *102*(4), 565-572. doi:10.1037/0021-843X.102.4.565
- Angold, A., Costello, E. J., y Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *40*(1), 57-87. doi:10.1111/1469-7610.00424
- Aune, T., y Stiles, T. C. (2009). The effects of depression and stressful life events on the development and maintenance of syndromal social anxiety: sex and age differences. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, *38*(4), 501-512. doi:10.1080/15374410902976304; 10.1080/15374410902976304
- Axelson, D. A., y Birmaher, B. (2001). Relations between anxiety and depressive disorders in childhood and adolescence. *Depression and anxiety*, *14*(2), 67-78.

doi:10.1002/da.1048

Ayuso-Mateos, J., Vázquez-Barquero, J. L., Dowrick, C., Lehtinen, V., Dalgard, O. S., Casey, P., . . . Wilkinson, G. (2001). Depressive disorders in Europe: Prevalence figures from the ODIN study. *The British Journal of Psychiatry*, *179*(4), 308-316. doi:10.1192/bjp.179.4.308

Bird, H. R., Gould, M. S., y Staghezza, B. M. (1993). Patterns of diagnostic comorbidity in a community sample of children aged 9 through 16 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *32*(2), 361-368. doi:10.1097/00004583-199303000-00018

Birmaher, B., Khetarpal, S., Brent, D., Cully, M., Balach, L., Kaufman, J., y Neer, S. M. (1997). The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): Scale construction and psychometric characteristics. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *36*(4), 545-553. doi:10.1097/00004583-199704000-00018

Birmaher, B., Ryan, N. D., Williamson, D. E., Brent, D. A., Kaufman, J., Dahl, R. E., . . . Nelson, B. (1996). Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years, Part I. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *35*(11), 1427-1439. doi:10.1097/00004583-199611000-00011

Brand, A. H., y Johnson, J. H. (1982). Note on reliability of the Life Events Checklist. *Psychological reports*, *50*(3), 1274. doi:10.2466/pr0.1982.50.3c.1274

Brennan, P. A., Le Brocque, R., y Hammen, C. (2003). Maternal Depression, Parent-Child Relationships, and Resilient Outcomes in Adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *42*(12), 1469-1477. doi:10.1097/00004583-200312000-00014

Briggs-Gowan, M., Carter, A. S., Clark, R., Augustyn, M., McCarthy, K. J., y Ford, J. D. (2010). Exposure to potentially traumatic events in early childhood: Differential links to emergent psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *51*(10), 1132-1140. doi:10.1111/j.1469-7610.2010.02256.x

- Brown, G. W., Harris, T. O., y Eales, M. J. (1993). Aetiology of anxiety and depressive disorders in an inner-city population: II. Comorbidity and adversity. *Psychological medicine*, 23(1), 155-165. doi:10.1017/S0033291700038940
- Brown, G. W., Harris, T. O., y Eales, M. J. (1996). Social factors and comorbidity of depressive and anxiety disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 168, 50-57.
- Buendía, J., y Mira, J. M. (1993). *Eventos vitales, afrontamiento y desarrollo: un estudio sobre el estrés infantil*. Murcia: Universidad de Murcia.
- Byrne, D. G., y Mazanov, J. (2002). Sources of stress in Australian adolescents: Factor structure and stability over time. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 18(4), 185-192. doi:10.1002/smi.940
- Canals Sans, J., Doménech Llabería, E., Clivillé Pagés, R., Fernández Ballart, J., y al, e. (1991). Síntomas de depresión en la etapa puberal: primeros resultados de un estudio epidemiológico longitudinal. [Symptoms of depression during puberty: Initial results of a longitudinal epidemiological study.]. *Actas Luso-Espanolas de Neurologia, Psiquiatria y Ciencias Afines*, 19(3), 155-161.
- Carter, J. S., Garber, J., Ciesla, J. A., y Cole, D. A. (2006). Modeling relations between hassles and internalizing and externalizing symptoms in adolescents: a four-year prospective study. *Journal of abnormal psychology*, 115(3), 428-442. doi:10.1037/0021-843X.115.3.428
- Caspi, A., McClay, J., Moffitt, T., Mill, J., Martin, J., Craig, I. W., . . . Poulton, R. (2002). Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science*, 297(5582), 851-854. doi:10.1126/science.1072290
- Churchill, R., Hunot, V., Corney, R., Knapp, M., McGuire, H., Tylee, A., y Wessely, S. (2001). A systematic review of controlled trials of the effectiveness and cost-effectiveness of brief psychological treatments for depression. *Health Technol Assess.* 5(35):1-173.
- Coddington, R. D. (1972). The significance of life events as etiologic factors in the

diseases of children: I. A survey of professional workers. *Journal of psychosomatic research*, 16(1), 7-18. doi:10.1016/0022-3999(72)90018-9

Cohen, P., Cohen, J., Kasen, S., Velez, C. N., Hartmark, C., Johnson, J., . . . Streuning, E. L. (1993). An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence: I. Age- and gender-specific prevalence. *Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 34(6), 851-867. doi:10.1111/j.1469-7610.1993.tb01094.x

Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., y Angold, A. (2003). Prevalence and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60(8), 837-844. doi:10.1001/archpsyc.60.8.837

Cyranowski, J. M., Frank, E., Young, E., y Shear, M. K. (2003). Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression: A theoretical model. In M. E. Hertzog E. A. Farber (Ed.), *Annual progress in child psychiatry and child development: 2000–2001*, (pp. 383-398). New York, NY, US: Brunner-Routledge.

Del Barrio, M. V., Moreno-Rosset, C., y López-Martínez, R. (1999). El Children's Depression Inventory, (CDI: Kovacs, 1992). Su aplicación en población española. [The Children's Depression Inventory (CDI; Kovacs, 1992) in a Spanish sample.]. *Clínica y Salud*, 10(3), 393-416.

Dodge, K. A. (1993). Social-cognitive mechanisms in the development of conduct disorder and depression. *Annual Review of Psychology*, 44, 559-584. doi:10.1146/annurev.ps.44.020193.003015

Domènech-Llaberia, E., Viñas, F., Pla, E., Jané, M. C., Mitjavila, M., Corbella, T., y Canals, J. (2009). Prevalence of major depression in preschool children. *European child & adolescent psychiatry*, 18(10), 597-604. doi:10.1007/s00787-009-0019-6

Domènech-Llabería, E. y Polaino-Lorente, A. (1988). Breve recuerdo histórico. En Polaino-Lorente, A. (Ed.) *Las depresiones infantiles*. (pp. 13- 35) Madrid: Ediciones Morata SA

- Domènech-Llaberia, E., Subirà, S., y Cuxart, F. (1996). Trastornos del estado de ánimo en la adolescencia temprana: La labilidad afectiva. En J. Buendía (Ed.), *Psicopatología en niños y adolescentes: Desarrollos actuales* (). Madrid: Pirámide.
- Doval, E., Martínez, M. y Domènech-Llaberia, E. (2011). Evidencias de calidad psicométrica de la versión en castellano del Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) de 41 ítems. *Ansiedad y Estrés*, 17, 199–210.
- Egeland, B. R., Carlson, E., y Sroufe, L. A. (1993). Resilience as process. *Development and psychopathology*, 5(4), 517-528.
- Espejo, E. P., Hammen, C., y Brennan, P. A. (2012). Elevated appraisals of the negative impact of naturally occurring life events: a risk factor for depressive and anxiety disorders. *Journal of abnormal child psychology*, 40(2), 303-315. doi:10.1007/s10802-011-9552-0; 10.1007/s10802-011-9552-0
- Finlay-Jones, R., y Brown, G. W. (1981). Types of stressful life event and the onset of anxiety and depressive disorders. *Psychological medicine*, 11(4), 803-815. doi:10.1017/S0033291700041301
- Flouri, E., Mavroveli, S., y Panourgia, C. (2013). The role of general cognitive ability in moderating the relation of adverse life events to emotional and behavioural problems. *British journal of psychology (London, England : 1953)*, 104(1), 130-139. doi:10.1111/j.2044-8295.2012.02106.x.
- Ford, J. D. (2013). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in the lives of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 52(8):780-3. doi:10.1016/j.jaac.2013.05.012.
- Ge, X., Conger, R. D., y Elder Jr., G. H. (2001). Pubertal transition, stressful life events, and the emergence of gender differences in adolescent depressive symptoms. *Developmental psychology*, 37(3), 404-417. doi:10.1037/0012-1649.37.3.404
- Ge, X., Lorenz, F. O., Conger, R. D., Elder, G. H., y Simons, R. L. (1994). Trajectories of

stressful life events and depressive symptoms during adolescence. *Developmental psychology*, 30(4), 467-483. doi:10.1037/0012-1649.30.4.467

Goletz, H., Yang, Y.I., Suhr-Dachs, L., Walter, D., y Döpfner, M. (2013). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy in childhood anxiety disorders in a university psychiatric outpatient clinic. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 41(4):247-59. doi: 10.1024/1422-4917/a000239.

Goodyer, I. M. (1990). Recent life events and psychiatric disorder in school age children. *Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 31(6), 839-848. doi:10.1111/j.1469-7610.1990.tb00828.x

Goodyer, I. M., Herbert, J., Tamplin, A., y Altham, P. M. E. (2000). First-episode major depression in adolescents: Affective, cognitive and endocrine characteristics of risk status and predictors of onset. *The British Journal of Psychiatry*, 176(2), 142-149. doi:10.1192/bjp.176.2.142

Goodyer, I. M. (2001). *Life events: Their nature and effects*. (pp. 204-232). New York, NY, US: Cambridge University Press. doi:10.1017/CBO9780511543821.009

Goodyer, I. M., Kolvin, I., y Gatzanis, S. (1985). Recent undesirable life events and psychiatric disorder in childhood and adolescence. *The British Journal of Psychiatry*, 147, 517-523. doi:10.1192/bjp.147.5.517

Goodyer, I., Wright, C., y Altham, P. (1990). The friendships and recent life events of anxious and depressed school-age children. *The British Journal of Psychiatry*, 156, 689-698. doi:10.1192/bjp.156.5.689

Gothelf, D., Aharonovsky, O., Horesh, N., Carty, T., y Apter, A. (2004). Life Events and Personality Factors in Children and Adolescents With Obsessive-Compulsive Disorder and Other Anxiety Disorders. *Comprehensive psychiatry*, 45(3), 192-198. doi:10.1016/j.comppsy.2004.02.010

Grant, K. E., Compas, B. E., Thurm, A. E., McMahon, S. D., Gipson, P. Y., Campbell, A. J., . . . Westerholm, R. I. (2006). Stressors and child and adolescent

- psychopathology: Evidence of moderating and mediating effects. *Clinical psychology review*, 26(3), 257-283. doi:10.1016/j.cpr.2005.06.011
- Hammen, C. (2005). Stress And Depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1(1), 293-319. doi:10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143938
- Hammen, C., y Rudolph, K. D. (2003). Childhood mood disorders. In E. J. Mash R. A. Barkley (Ed.), *Child Psychopathology, 2nd Edition* (pp. 233-278). New York, NY, US: Guilford Press.
- Hjemdal, O., Aune, T., Reinfjell, T., Stiles, T. C., y Friborg, O. (2007). Resilience as a predictor of depressive symptoms: A correlational study with young adolescents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 12(1), 91-104. doi:10.1177/1359104507071062
- Hollingshead, A. (1975). *Four factor index of social status*. Manuscrito no publicado. Departamento de Sociología, Universidad de Yale.
- Hyde, J. S., Mezulis, A. H., y Abramson, L. Y. (2008). The ABCs of depression: Integrating affective, biological, and cognitive models to explain the emergence of the gender difference in depression. *Psychological review*, 115(2), 291-313. doi:10.1037/0033-295X.115.2.291
- Jiménez García, L., Menéndez Álvarez-dardet, S., y Hidalgo García, M. V. (2008). Un análisis de los acontecimientos vitales estresantes durante la adolescencia. [An analysis of stressful life events in adolescence.]. *Apuntes de Psicología*, 26(3), 427-440.
- Instituto Nacional de Estadística. (2009). Recuperado el 20 de noviembre de 2009, de <http://www.ine.es/>.
- Johnson, J. (1986). Life events as stressors in childhood and adolescence. *Developmental Clinical Psychology and Psychiatric Series*. (Vol. 8.) England: Sage.
- Johnson, J., y McCutcheon, S. (1980). Assessing life stress in older children and adolescents: Preliminary finding with the Life Events Checklist. En Sarason, I.G. y

Spielberger, C.D. (Eds.). *Stress and Anxiety* (pp. 111–125). Washington, DC: Hemisphere.

Karevold, E., Røysamb, E., Ystrom, E., y Mathiesen, K. S. (2009). Predictors and pathways from infancy to symptoms of anxiety and depression in early adolescence. *Developmental psychology*, *45*(4), 1051-1060. doi:10.1037/a0016123

Kashani, J. H., Cantwell, D. P., Shekim, W. O., y Reid, J. C. (1982). Major depressive disorder in children admitted to an inpatient community mental health center. *The American Journal of Psychiatry*, *139*(5), 671-672.

Kashani, J. H., Carlson, G. A., Beck, N. C., Hooper, E. W., Corcoran, C. M., McAllister, J. A., . . . Reid, J. C. (1987). Depression, depressive symptoms, and depressed mood among a community sample of adolescents. *The American Journal of Psychiatry*, *144*(7), 931-934.

Kashani, J. H., Holcomb, W. R., y Orvaschel, H. (1986). Depression and depressive symptoms in preschool children from the general population. *The American Journal of Psychiatry*, *143*(9), 1138-1143.

Kashani, J. H., Vaidya, A. F., Soltys, S. M., Dandoy, A. C., y Reid, J. C. (1990). Life events and major depression in a sample of inpatient children. *Comprehensive psychiatry*, *31*(3), 266-274. doi:10.1016/0010-440X(90)90011-G

Kazdin, A.E., French, N.H., Unis, A.S. y Esveldt-Dawson, K. (1983). Assessment of childhood depression: correspondence of child and parenting ratings. *Journal of American Academy Child Psychiatry*, *22*(2), 157-64.

Kovacs, M. (1990). Comorbid anxiety disorders in childhood-onset depressions. In J. D. Maser C. R. Cloninger (Ed.), *Comorbidity of mood and anxiety disorders* (pp. 271-281). Arlington, VA, US: American Psychiatric Association.

Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory (CDI)*. Toronto: MultiHealth Systems, Inc.

- Larson, R., y Ham, M. (1993). Stress and "storm and stress" in early adolescence: The relationship of negative events with dysphoric affect. *Developmental psychology*, 29(1), 130-140. doi:10.1037/0012-1649.29.1.130
- Last, C. G., Hersen, M., Kazdin, A., Orvaschel, H., y Perrin, S. (1991). Anxiety disorders in children and their families. *Archives of General Psychiatry*, 48(10), 928-934.
- Lázaro, S. (2009). Resiliencia en niños y adolescentes: Revisión teórica e implicaciones para la intervención psicoeducativa en situaciones de maltrato familiar. [Resilience in children and adolescents: Theory review and implications for psycho-educational intervention in situations of abuse.]. *Estudios de Psicología*, 30(1), 89-104. doi:10.1174/021093909787536254
- Leve, L. D., Kim, H. K., y Pears, K. C. (2005). Childhood Temperament and Family Environment as Predictors of Internalizing and Externalizing Trajectories from Ages 5 to 17. *Journal of abnormal child psychology*, 33(5), 505-520. doi:10.1007/s10802-005-6734-7
- Lewinsohn, P. M., Hops, H., Roberts, R. E., Seeley, J. R., y Andrews, J. A. (1993). Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other *DSM-III—R* disorders in high school students. *Journal of abnormal psychology*, 102(1), 133-144. doi:10.1037/0021-843X.102.1.133
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., y Seely, J. R. (1998). Major depressive disorder in older adolescents: Prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical psychology review*, 18(7), 765-794. doi:10.1016/S0272-7358(98)00010-5
- Lewis-Morrarty, E., Degnan, K. A., Chronis-Tuscano, A., Rubin, K. H., Cheah, C. S. L., Pine, D. S., . . . Fox, N. A. (2012). Maternal over-control moderates the association between early childhood behavioral inhibition and adolescent social anxiety symptoms. *Journal of abnormal child psychology*, 40(8), 1363-1373. doi:10.1007/s10802-012-9663-2
- López, M. V., Fuentes, Norma Ivonne González Arratia López, Palos, P. A., y Oudhof, H. (2012). Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes.

[Depression in adolescents: The role of stressful life events.]. *Salud Mental*, 35(1), 37-43.

Lu, L. (1994). University transition: Major and minor life stressors, personality characteristics and mental health. *Psychological medicine*, 24(1), 81-87. doi:10.1017/S0033291700026854

Luthar, S. S., Cicchetti, D., y Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child development*, 71(3), 543-562. doi:10.1111/1467-8624.00164

Mardomingo, M.J. (2003). *Psiquiatría para padres y educadores: Ciencia y arte*. Madrid: Narcea Ediciones.

Marttunen, M. J., Aro, H. M., Henriksson, M. M., y Lönnqvist, J. K. (1994). Psychosocial stressors more common in adolescent suicides with alcohol abuse compared with depressive adolescent suicides. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33(4), 490-497. doi:10.1097/00004583-199405000-00007

Masten, A. S., Hubbard, J. J., Gest, S. D., Tellegen, A., Garmezy, N., y Ramirez, M. (1999). Competence in the context of adversity: pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence. *Development and psychopathology*, 11(1), 143-169.

Masten, A. S., y Reed, M. J. (2002). Resilience in development. In C. R. Snyder S. J. Lopez (Ed.), *Handbook of positive psychology* (pp. 74-88). New York, NY, US: Oxford University Press.

Mayer, L., Lopez-Duran, N., Kovacs, M., George, C. J., Baji, I., Kapornai, K., . . . Vetró, Á. (2009). Stressful life events in a clinical sample of depressed children in Hungary. *Journal of affective disorders*, 115(1-2), 207-214. doi:10.1016/j.jad.2008.08.018

McDermott, J. F. (2011). The longitudinal study: A bridge to the future. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50(4), 317-319. doi:10.1016/j.jaac.2010.03.021

- McMahon, S. D., Grant, K. E., Compas, B. E., Thurm, A. E., y Ey, S. (2003). Stress and psychopathology in children and adolescents: is there evidence of specificity? *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 44(1), 107-133.
- Mestre, V., Frías, D., y García-Ros, R. (1992). Propiedades psicométricas del Children's Depression Inventory (CDI) en población adolescente: Fiabilidad y validez. [Psychometric properties of the Children's Depression Inventory (CDI) in the adolescent population: Reliability and validity.]. *Psicológica*, 13(2), 149-159.
- Mghir, R., Freed, W., Raskin, A., y Katon, W. (1995). Depression and posttraumatic stress disorder among a community sample of adolescent and young adult Afghan refugees. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183(1), 24-30. doi:10.1097/00005053-199501000-00005
- Moos, R. H. (1995). Development and applications of new measures of life stressors, social resources, and coping responses. *European Journal of Psychological Assessment*, 11(1), 1-13. doi:10.1027/1015-5759.11.1.1
- Morato, P. Inventario de Acontecimientos Vitales. Manuscrito no publicado.
- Moreno, C., del Barrio, V., y Mestre, V. (1995). Ansiedad y acontecimientos vitales en adolescentes. [Anxiety and life-events in adolescents.]. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 27(3), 471-496.
- Moreno, C., Del Barrio, V., y Mestre, V. (1996). Acontecimientos vitales y depresión en Adolescentes. *Revista electrónica de la Federación española de Asociaciones de Psicología*, 1.
- Muris, P., Merckelbach, H., Mayer, B., van Brakel, A., Thissen, S., Moulaert, V., y Gadet, B. (1998). The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) and traditional childhood anxiety measures. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 29(4), 327-339. doi:10.1016/S0005-7916(98)00023-8
- Oliva, A., Jiménez, J. M., Parra, Á., y Sánchez-Queija, I. (2008). Acontecimientos vitales estresantes, resiliencia y ajuste adolescente. [Stressful life events, resilience and adolescent adjustment.]. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13(1),

53-62.

- Olsson, I. G., Nordström, M., Arinell, H., y Von Knorring, A. (1999). Adolescent depression and stressful life events. *Nordic Journal of Psychiatry*, 53(5), 339-346. doi:10.1080/080394899427809
- Phillips, N. K., Hammen, C. L., Brennan, P. A., Najman, J. M., y Bor, W. (2005). Early adversity and the prospective prediction of depressive and anxiety disorders in adolescents. *Journal of abnormal child psychology*, 33(1), 13-24.
- Polaino-Lorente, A. (1985). *La depresión*. Barcelona: Ed. Martínez-Roca.
- Polaino-Lorente, A., y Domènech, E. (1993). Prevalence of childhood depression: Results of the first study in Spain. *Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 34(6), 1007-1017. doi:10.1111/j.1469-7610.1993.tb01104.x
- Polaino-Lorente, A. y García Villamisar, D. (1993). *La depresión infantil en Madrid. Un estudio epidemiológico*. Ed. Alfa Centauro: Madrid.
- Polaino-Lorente, A. y Lizasoain, O. (1992). Depresión y hospitalización infantil: Resultado de un programa de intervención psicopedagógica. *Anales de Psiquiatría*, 7(8), 346-350.
- Puskar, K. R., Tusaie-Mumford, K., Sereika, S. M., y Lamb, J. (1999). Screening and predicting adolescent depressive symptoms in rural settings. *Archives of Psychiatric Nursing*, 13(1), 3-11. doi:10.1016/S0883-9417(99)80012-0
- Ramchandani, P., y Psychogiou, L. (2009). Paternal psychiatric disorders and children's psychosocial development. *The Lancet*, 374(9690), 646-653. doi:10.1016/S0140-6736(09)60238-5
- Repetti, R. L., McGrath, E. P., y Ishikawa, S. S. (1999). Daily stress and coping in childhood and adolescence. In A. J. Goreczny M. Hersen (Ed.), *Handbook of pediatric and adolescent health psychology* (pp. 343-360). Needham Heights, MA, US: Allyn & Bacon.
- Rice, F., Harold, G., y Thaper, A. (2002). The genetic aetiology of childhood depression:

- A review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(1), 65-79. doi:10.1111/1469-7610.00004
- Rohde, P., Lewinsohn, P. M., y Seeley, J. R. (1991). Comorbidity of unipolar depression: II. Comorbidity with other mental disorders in adolescents and adults. *Journal of abnormal psychology*, 100(2), 214-222. doi:10.1037/0021-843X.100.2.214
- Romero, K., Canals, J., Hernández-Martínez, C., Jané Balladriga, M. C., Viñas, F., y Domènech-Llaberia, E. (2010). Comorbilidad entre los factores de ansiedad del SCARED y la sintomatología depresiva en niños de 8-12 años. [Comorbidity between SCARED anxiety factors and depressive symptomatology in 8- to 12-year-old children.]. *Psicothema*, 22(4), 613-618.
- Rodríguez-Sacristán, J. (1995). *Psicopatología del niño y del adolescente: Tomo I*. Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Rutter, M. (1986). Depressive feelings, cognitions and disorders: a research postscript. En Rutter, M., Izard, C.E. y Read, P.B. (Eds), *Depression in young people: developmental and clinical perspectives*. London: Guildord Press.
- Rudolph, K. D. (2009). Adolescent depression. In I. H. Gotlib C. L. Hammen (Ed.), *Handbook of depression, 2nd ed.* (pp.444-466). New York, NY, US: Guilford Press.
- Rutter, M. (2007). Resilience, competence, and coping. *Child abuse & neglect*, 31(3), 205-209. doi:10.1016/j.chiabu.2007.02.001
- Sandín, B., Valiente, R. M., y Chorot, P. (2009). RCADS: Evaluación de los síntomas de los trastornos de ansiedad y depresión en niños y adolescentes. [RCADS: Assessment of anxiety and depressive disorder symptoms in children and adolescents.]. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14(3), 193-206.
- Sandler, I. N., Reynolds, K. D., Kliewer, W., y Ramirez, R. (1992). Specificity of the relation between life events and psychological symptomatology. *Journal of clinical child psychology*, 21(3), 240-248. doi:10.1207/s15374424jccp2103_5
- Schraedley, P. K., Gotlib, I. H., y Hayward, C. (1999). Gender differences in correlates of

depressive symptoms in adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 25(2), 98-108. doi:10.1016/S1054-139X(99)00038-5

Schwartz, C. E., Snidman, N., y Kagan, J. (1999). Adolescent social anxiety as an outcome of inhibited temperament in childhood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(8), 1008-1015. doi:10.1097/00004583-199908000-00017

Shanahan, L., Copeland, W., Costello, E. J., y Angold, A. (2008). Specificity of putative psychosocial risk factors for psychiatric disorders in children and adolescents. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 49(1), 34-42. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01822.x; 10.1111/j.1469-7610.2007.01822.x

Silverman, W.K., Albano, A.M., y Sandín, B. (2004). *Entrevista para el Diagnóstico de los Trastornos de Ansiedad en Niños (ADIS-IV: C): Entrevista para el niño*. Madrid: Klinik.

Silverman, W. K., Saavedra, L. M., y Pina, A. A. (2001). Test-retest reliability of anxiety symptoms and diagnoses with anxiety disorders interview schedule for DSM-IV : Child and parent versions. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 40(8), 937-944. doi:10.1097/00004583-200108000-00016

Smith, P. R. (2009). Resilience: Resistance factor for depressive symptom. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 16(9), 829-837. doi:10.1111/j.1365-2850.2009.01463.x

Sugden, K., Arseneault, L., Harrington, H., Moffitt, T. E., Williams, B., y Caspi, A. (2010). Serotonin transporter gene moderates the development of emotional problems among children following bullying victimization. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(8), 830-840. doi:10.1016/j.jaac.2010.01.024

Thompson, E.A. (2004). *Preventing adolescent depression and suicide. Schoolbased prevention. Paper presented at Workshop on Prevention of Depression in Children and Adolescents*. National Institute of Mental Health, National Institutes of

Health.

- Torgersen, S. (1988). Genetics. En Last, C.G. y Hersen, M. (Eds), *Handbook of anxiety disorders*, (pp. 159-170). Elmsford, NY, US: Pergamon Press.
- van Oort, F. V. A., Greaves-Lord, K., Ormel, J., Verhulst, F. C., y Huizink, A. C. (2011). Risk indicators of anxiety throughout adolescence: The TRAILS study. *Depression and anxiety*, 28(6), 485-494. doi:10.1002/da.20818
- Verhulst, F. C., van, d. E., Ferdinand, R. F., y Kasius, M. C. (1997). The prevalence of DSM-III-R diagnoses in a national sample of Dutch adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 54(4), 329-336. doi:10.1001/archpsyc.1997.01830160049008
- Vigil-Colet, A., Canals, J., Cosí, S., Lorenzo-Seva, U., Ferrando, P.J., Hernández-Matínez, C., Clastra, J., Viñas, F., y Domènech-Llaberia, E. (2009). The factorial structure of the 41-items version of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) in a Spanish population of 8 to 12 years-old. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9(2), 313-327.
- Weller, E. B., y Weller, R. A. (2000). Depression in adolescents growing pains or true morbidity? *Journal of affective disorders*, 61 Suppl 1, 9-13.
- Williamson, D. E., Birmaher, B., Dahl, R. E., y Ryan, N. D. (2005). Stressful Life Events in Anxious and Depressed Children. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 15(4), 571-580. doi:10.1089/cap.2005.15.571
- Williamson, D. E., Birmaher, B., Frank, E., Anderson, B. P., Matty, M. K., y Kupfer, D. J. (1998). Nature of life events and difficulties in depressed adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(10), 1049-1057. doi:10.1097/00004583-199810000-00015
- Zavos, H. M. S., Wong, C. C. Y., Barclay, N. L., Keers, R., Mill, J., Rijdsdijk, F. V., . . . Eley, T. C. (2012). Anxiety sensitivity in adolescence and young adulthood: The role of stressful life events, 5HTTLPR and their interaction. *Depression and anxiety*, 29(5), 400-408. doi:10.1002/da.21921

Anexos

ANEXOS

Anexo I. Cuadernillo para participantes

DADES DE L' ESCOLAR	Nº
Data: _____ Nom _____ Cognoms _____	Sexe: Masculí <input type="checkbox"/> Femení <input type="checkbox"/>
Data de naixement: _____	Escola: _____ Curs: 2n <input type="checkbox"/> 3er <input type="checkbox"/>
Lloc de Naixement Ciutat _____ País _____ Nacionalitat: _____ Si ets d'un altre país, quants anys fa que vius a Espanya? _____	Idiomes: Habitualment a casa parlem _____
Escola: ¿Has canviat d'escola des de que has començat l'ESO? sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Motiu: _____	Comptant-te a tu quantes persones viuen a casa teva? _____ Assenyalat qui són amb una creu: Mare <input type="checkbox"/> Pare <input type="checkbox"/> Germans <input type="checkbox"/> Àvia <input type="checkbox"/> Avi <input type="checkbox"/> Altres <input type="checkbox"/> Nº total de germans comptant-te a tu _____
Informació pares: Nacionalitat pare _____ Nacionalitat mare _____ Estat marital dels pares: Conviven <input type="checkbox"/> No conviven <input type="checkbox"/> Algun dels 2 ha mort <input type="checkbox"/> Per últim, vius amb alguna persona que ha estat malalta des de fa temps? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fas alguna activitat extraescolar? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Quines? _____

SCARED

Aquí tenim una llista de frases que descriuen els sentiments de les persones. Llegeix cada frase i decideix si és certa, "Mai o quasi mai", "Algunes vegades" o "Quasi sempre o sempre". Després per cada frase fes una creu a l'opció que més s'assembla al que t'ha passat o a com t'has sentit en els últims tres mesos.

	Mai o quasi mai	Algunes vegades	Quasi sempre o sempre
1. Quan estic espantat(a) em costa respirar			
2. M'agafa mal de cap quan estic a l'escola			
3. No m'agrada estar amb persones que no coneix massa			
4. M'agafa por si dormo fora de casa			
5. Em preocupa no ser acceptat(a) per l'altre gènere			
6. Quan m'espanto, sento com si em desmaiés			
7. Sóc nervós(a)			
8. S'agafa la meua mare o el meu pare a tot arreu			
9. La gent d'altre gènere em preocupa massa			
10. Em sento nervós(a) quan estic amb gent que no coneix massa			
11. M'agafa mal de panxa quan estic a l'escola			
12. Quan m'espanto, sento com si m'estigués tornant boig (boja)			
13. Em preocupa dormir sol(a)			
14. Em preocupa per no ser tocat (to) com altres nens(es)			
15. Quan m'espanto, sento com si les coses no fossin reals			
16. Tinc malsons sobre desgràcies que els poden passar als meus pares			
17. Anar a l'escola em preocupa			
18. Quan m'espanto, el meu cor batuda de pressa			
19. Em sento tremolós(a)			

	Mai o quasi mai	Algunes vegades	Quasi sempre o sempre
20. Tinc moltes coses desagradables que em poden passar			
21. Em preocupo perquè les coses em surtin bé			
22. Quan estic espantat(a), sóc molt			
23. Em preocupo per tot			
24. M'espanto sense motiu			
25. Tinc por de quedar-me sol(a) a casa			
26. Em costa parlar amb persones que no coneix gaire			
27. Quan estic espantat(a), em fa sensació que m'afego			
28. La gent diu que estic nerviós(a)			
29. No m'agrada estar lluny de la meua família			
30. Tinc por de tenir atacs d'ansietat (pànic)			
31. Em preocupa que pugui passar alguna desgràcia als meus pares			
32. Sóc tímid(a) amb les persones que no coneix			
33. Em preocupo pel que passarà en el futur			
34. Quan m'espanto sento que vomitara			
35. Em preocupa per si jo feig bé les coses			
36. M'espanta anar a l'escola			
37. Em preocupo per coses que ja han passat			
38. Quan estic espantat(a) em sento marejat(a)			
39. Em sento nerviós(a) quan estic amb altres nens o persones grans i he de fer algunes coses mentre ells/elles em miren (per exemple: llegir en veu alta, parlar, jugar, practicar algun esport)			
40. Em posa nerviós(a) anar a festes, balls, o qualsevol altre lloc en el que hi haurà gent que no coneix			
41. Sóc tímid(a)			

LEC

Aquí encontrarás una lista de situaciones que a veces le pasan a jóvenes como tu.

Por cada acontecimiento que tu hayas vivido en los últimos 12 meses:

- 1) Coloca una X en la casilla correspondiente a: "Experimentado en los últimos 12 meses"
- 2) Indica si el acontecimiento ha sido bueno o malo para ti
- 3) Indica el grado de impacto del acontecimiento en tu vida

Acontecimientos	Experimentado en los últimos 12 meses	Buenos	Malos	Ningún impacto	Poco impacto	Impacto moderado	Gran impacto
1. Cambio de domicilio.							
2. Tener un nuevo hermano/a en tu familia.							
3. Cambio de centro de estudios.							
4. Accidente o enfermedad grave de un familiar cercano.							
5. Divorcio o separación de tus padres.							
6. Aumento de las discusiones en tu casa.							
7. Tu madre o tu padre se han quedado sin trabajo.							
8. Muerte de un familiar.							
9. Muerte, accidente o enfermedad grave de tu pareja o de un/a amigo/a íntimo/a.							
10. Aumento del tiempo que tus padres pasan fuera de casa.							
11. Un hermano o hermana se va de casa.							

Acontecimientos	Experimentado en los últimos 12 meses	Buenos	Malos	Ningún impacto	Poco impacto	Impacto moderado	Gran impacto
12. Tu padre o tu madre tiene problemas con la justicia.							
13. Tu padre o tu madre han encontrado o cambiado de trabajo.							
14. Tu padre o tu madre tienen una nueva pareja.							
15. Dificultades económicas importantes en tu casa.							
16. Peleas con tu hermano o hermana.							
17. Tu padre o tu madre está en la cárcel.							
18. Felicitación o premio por buenas notas en el colegio.							
19. Formar parte de un nuevo grupo (amigos, deporte o scouts).							
20. Perder un amigo/a íntimo/a.							
21. Disminución de las discusiones entre tus padres.							
22. Embarazo propio o de tu pareja.							
23. Ganar un premio en un concurso, campeonato, etc.							
24. Tener una nueva novia (o novio).							
25. Repetir curso.							
26. Aumento de los conflictos entre tu y tus padres.							
27. Haber tenido tu mismo problemas con la justicia (detenciones, multas, juicios pendientes...).							

Acontecimientos	Experimentado en los últimos 12 meses	Buenos	Malos	Ningún impacto	Poco impacto	Impacto moderado	Gran impacto
28. Tener alguna enfermedad importante o haber sufrido un accidente grave.							
29. Acabar la relación con tu novio (o novia).							
30. Volver a reconciliarte con tu novio (o novia).							
31. Problemas importantes con los profesores.							
32. Problemas importantes con tus compañeros.							
33. Aborto propio o de tu pareja.							
34. Ser expulsado del centro escolar.							
35. Tus padres han recibido quejas, informes o referencias negativas por parte del colegio.							
36. Haber sufrido aislamiento, rechazo o ridiculizaciones frecuentes por parte de tus compañeros.							
37. Haber tenido problemas con el alcohol, las drogas u otro tipo de adicción.							
38. Un familiar cercano ha creado problemas por algún tipo de adicción (alcohol, drogas, juego u otros).							
38. Haber sido víctima de algún delito (robo, agresión, etc.).							
40. Haber sido víctima de abuso sexual en algún momento de toda tu vida .							

¿Has tenido algún otro acontecimiento a lo largo de tu vida, que haya sido importante para ti?

Escribelo a continuación y señala:

- 1) ¿Cuándo ocurrió?
- 2) Si el acontecimientos ha sido bueno o malo para ti
- 3) El grado de impacto del acontecimiento en tu vida

Acontecimientos	¿Cuándo ocurrió?	Buenos	Malos	Ningún impacto	Poco impacto	Impacto moderado	Gran impacto
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							

Valoración del nivel socioeconómico
(Hollingshead, 1975)

NIVEL DE ESTUDIOS DE LOS PADRES O TUTORES

Marcar con una X donde corresponda.

	MADRE	PADRE
1. Sin estudios, primer grado o EGB sin terminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Estudios de primaria terminados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Bachillerato Superior incompleto o FP de 2on grado incompleto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Babillerato Superior/FP de 2on grado terminado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Formación de tipo universitario incompleta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Título grado medio (diplomaturas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Título grado superior terminado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PROFESION DE LOS PADRES O TUTORES

Marcar con una X donde corresponda.


	MADRE	PADRE
1. En paro, ama de casa, trabajadores de servicios eventuales no cualificados, trabajadores temporales (canguros..)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Trabajadores no cualificados (camarero, ascensorista, empleado de gasolinera, vendedor ambulante, jomalero ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Operadores de maquinaria, trabajadores semicualificados (operarios, repartidores, peluqueros no propietarios, conductores de autobús)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Propietarios de pequeños negocios (máximo 5 trabajadores), agricultor de pequeña explotación (máximo 1 trabajador), trabajadores manuales cualificados (carpintero, albañil, detective, electricista, cartero, dependiente, propietario de pequeñas granjas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Trabajadores fuera de la oficina, comerciales, vendedores, representantes, propietarios de negocios medianos y agricultores de explotaciones medianas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Técnicos semi-profesionales, trabajadores de oficinas (empleados de banca, administrativos, agentes de publicidad, delineantes, fotógrafos, sobrestantes, maestros, empleados de la administración pública)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Cargos intermedios, profesional asalariado, propietarios de grandes negocios y agricultores de grandes explotaciones (actores, publicistas, agentes de compras, artistas, managers, profesores de instituto y universidad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Miembro de dirección, altos ejecutivos, propietarios de grandes empresas (ingenieros de caminos, canales y puertos, abogados, jueces, directores, altos cargos de la administración pública)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ESPECIFIQUE SU PROFESIÓN

PADRE: _____

MADRE: _____

CDD ID: Nombre y apellidos:
 Sexo: Hombre Mujer Edad: años Fecha: / /
 Género: Extranjero:



I N S T R U C C I O N E S

Los chicos y las chicas como tú tienen diferentes sentimientos e ideas. En este cuestionario se recogen esos sentimientos e ideas apropiados. De cada grupo, tienes que señalar una frase que sea la **QUE MEJOR DESCRIBA** cómo te has sentido durante las **ÚLTIMAS SEMANAS**. Una vez que hayas terminado con un grupo de frases, pasa al siguiente.

No hay contestaciones correctas o incorrectas. Únicamente tienes que señalar la frase que describe mejor **CÓMO** TE HAS SENTIDO DURANTE ÚLTIMAMENTE. Pon un **x** en el círculo que hay junto a tu respuesta.

Muéstrame un ejemplo. Pon una **x** junto a la frase que **MEJOR** te describe:

EJEMPLO:

Los libros muy a menudo


Los libros de vez en cuando

Nunca los libros

RECUERDA QUE DEBES SEÑALAR LAS FRASES QUE MEJOR DESCRIBAN TUS SENTIMIENTOS O TUS IDEAS EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS.

EN LAS TRES FRASES QUE COMPONEN CADA PREGUNTA SECOGE SOLO UNA, LA QUE MAS SE ACERCA A CÓMO ERAS O TE SIENTES.

PASA A LA PÁGINA SIGUIENTE.



Acción: María Kovacs - Copyright de los elementos © 1978 by María Kovacs.
 Copyright © 1991, 1993 by Multi-Health Systems, Inc., (MHS), Toronto, Canadá.
 Copyright adaptaciones en todas las partes según la Traducción de María y los Correcciones técnicas y adaptadas.
 adaptaciones de la versión española: M. M. del Barrio Gálvez y Miguel Ángel Carrasco Gato, (MAGG).
 Copyright de la edición española © 2002 by TEA Ediciones, S.A.M., Madrid, España - Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial - Este ejemplo está impreso en DOS COPIAS. Si lo presentas un ejemplo en negro es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el caso de que NO LA OBTENGAS - Printed in Spain. Impreso en España.

C D I



Averna con un aspa (X) el círculo de la frase que describe mejor cómo te has encontrado últimamente.

<p style="text-align: center;">1</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Estoy triste de ver en cuando. <input type="radio"/> Estoy triste muchas veces. <input type="radio"/> Estoy triste siempre. <p style="text-align: center;">2</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Nunca me sentiré nada bien. <input type="radio"/> No estoy segura de si las cosas me saldrán bien. <input type="radio"/> Las cosas me saldrán bien. <p style="text-align: center;">3</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Hago casi la mayoría de las cosas. <input type="radio"/> Hago muy pocas cosas. <input type="radio"/> Todo lo hago mal. <p style="text-align: center;">4</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Me divierten muchas cosas. <input type="radio"/> Me divierten algunas cosas. <input type="radio"/> Nada me divierte. <p style="text-align: center;">5</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Soy malo siempre. <input type="radio"/> Soy malo muchas veces. <input type="radio"/> Soy malo algunas veces. <p style="text-align: center;">6</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> A veces pienso que me gustaría comer cosas malas. <input type="radio"/> Me gustaría que me comieran cosas malas. <input type="radio"/> Estoy segura de que voy a comer cosas terribles. <p style="text-align: center;">7</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Me odio. <input type="radio"/> No me gusta como soy. <input type="radio"/> Me gusta como soy. 	<p style="text-align: center;">8</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Todas las cosas malas son culpa mía. <input type="radio"/> Muchas cosas malas son culpa mía. <input type="radio"/> Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas. <p style="text-align: center;">9</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> No pienso en matar a nadie. <input type="radio"/> Pienso en matar a gente pero no lo haré. <input type="radio"/> Quiero matar a alguien. <p style="text-align: center;">10</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Tengo ganas de llorar muchas veces al día. <input type="radio"/> Tengo ganas de llorar muchas veces. <input type="radio"/> Tengo ganas de llorar de vez en cuando. <p style="text-align: center;">11</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Las cosas me preocupan siempre. <input type="radio"/> Las cosas me preocupan muchas veces. <input type="radio"/> Las cosas me preocupan de vez en cuando. <p style="text-align: center;">12</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Me gusta estar con la gente. <input type="radio"/> Hay a veces que me gusta estar con la gente. <input type="radio"/> Me gusta estar alejado de la gente. <p style="text-align: center;">13</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> No puedo dormir. <input type="radio"/> Me cuesta dormir. <input type="radio"/> No puedo levantarme. 	<p style="text-align: center;">14</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Tengo buen aspecto. <input type="radio"/> Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan. <input type="radio"/> Soy feo o fea. <p style="text-align: center;">15</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes. <input type="radio"/> Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes. <input type="radio"/> No me cuesta ponerme a hacer los deberes. <p style="text-align: center;">16</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Todas las noches me cuesta dormir. <input type="radio"/> Muchas veces me cuesta dormir. <input type="radio"/> Duermo muy bien. <p style="text-align: center;">17</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Estoy cansado de vez en cuando. <input type="radio"/> Estoy cansado muchas veces. <input type="radio"/> Estoy cansado siempre. <p style="text-align: center;">18</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> La mayoría de los días no tengo ganas de comer. <input type="radio"/> Muchos días no tengo ganas de comer. <input type="radio"/> Como muy bien. <div style="text-align: center; background-color: #333; color: white; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p>No te desanimes, continúa en la próxima página.</p> </div>
--	---	--

Anexo II. Carta de aprobación emitida por la Comisión de Ética en Experimentación Humana de la Universidad Autónoma de Barcelona

 <small>Universitat Autònoma de Barcelona</small> Vicerectorat d'Investigació	
<p>Comisión de Ética en la Experimentación Animal y Humana (CEEAH)</p> <p>Universitat Autònoma de Barcelona Edifici A 08193 Bellaterra (Cerdanyola del Vallès)</p>	
<p>La Comisión de Ética en la Experimentación Animal y Humana (CEEAH) de la Universitat Autònoma de Barcelona, reunida el día 19/06/09, acuerda informar favorablemente el proyecto titulado "Detecció precoç de trastorns d'ansietat i depressió en adolescents". presentado por la Dra. Edelmira Domenech</p>	
<p>Elaborado:</p> <p>Nombre: Núria Pérez Pastor Cargo: Secretària de la CEEA de la UAB Fecha: 23 Juny 2009</p> 	<p>Aprobado:</p> <p>Nombre: Josep Santaló Pedro Cargo: President de la CEEAH de la UAB Fecha: 23 Juny 2009</p> 
<small>Edifici A - Campus de la UAB - 08193 Bellaterra (Cerdanyola del Vallès) - Barcelona Spain Tel.: 34 - 93 581 20 83 - Fax: 34 - 93 581 20 23 www.uab.cat / aid@uab.cat</small>	

Anexo III. Informe favorable de la Comisión de Investigación de la Universidad Autónoma de Barcelona



VISTIPLAU DE LA COMISSIÓ DE RECERCA DEL CENTRE

La Comissió d'Investigació d'aquesta Universitat informa favorablement el projecte que porta per títol ***Detecció precoç de la depressió i trastorns d'ansietat en adolescents***, presentat per la Dra. Edelmira Domènech Llaberia adscrita al Departament de Psicologia clínica i de la salut i considera d'elevat interès el finançament del mateix.

Joan Gómez Pallarès
President de la Comissió d'Investigació

Anexo IV. Carta de presentación para las familias y documento de consentimiento informado I



Universitat Autònoma de Barcelona

Benvolguts pares,

Des de la Unitat de Recerca de Psicopatologia del nen i de l'adolescent de la Universitat Autònoma de Barcelona, estem portant a terme una investigació sobre l'epidemiologia de problemes emocionals en adolescents de segon i tercer d'ESO de la ciutat de Rubí.

Els problemes emocionals són freqüents en adolescents, però no hi ha dades suficients i actuals sobre la seva prevalença en població no clínica i la seva repercussió en el rendiment escolar a aquesta edat. La detecció primerenca permet prevenir trastorns que poden prosseguir al llarg del desenvolupament.

Aquest estudi ja ha estat informat favorablement per les comissions d'Ètica i de Recerca del Rectorat de la UAB i té suport dels Serveis Territorials d'Educació del Vallès Occidental i l'autorització de l'Equip Directiu de la vostra Escola.

Li agraïm molt que donés el seu permís per a que el seu fill pugui col·laborar si ell ho accepta en un estudi que el que pretén es lluitar contra el fracàs escolar i fer una prevenció de la depressió i trastorns d'ansietat en un futur. El treball té valor si col·laboren tots o quasi tots els estudiants d'aquesta edat de la població de Rubí.

Les dades són totalment confidencials i només es faran servir amb l'objectiu científic de la recerca o per avisar als pares en el cas de detectar alguna alteració.

Alumne: _____

Donem permís per la participació del nostre fill en aquest projecte, (pare, mare o tutor).

Agraeixo per endavant que ens facin arribar la seva acceptació, entregant el paper signat a l'escola de la manera que li sigui més senzilla.

Com més aviat tinguem les seves respostes, abans podrem iniciar l'estudi a aquesta escola aplicant uns breus qüestionaris en un tems entre 45 i 60 minuts dintre de l'aula.

Molt atentament,

Signat: Edelmira Domènech-Llaberia, Catedràtica Emèrita de Psicopatologia de la UAB, i Directora de la Unitat de Recerca de Psicopatologia del nen i de l'adolescent de la UAB.

Bellaterra, 22 de Gener de 2010.

Anexo V. Carta de presentación para las familias y documento de consentimiento informado II



Universitat Autònoma de Barcelona

Benvolguts pares,

Des de la Unitat de Recerca de Psicopatologia del nen i de l'adolescent de la Universitat Autònoma de Barcelona, estem portant a terme una investigació sobre l'epidemiologia de problemes emocionals en adolescents de tercer i quart d'ESO de la ciutat de Rubí.

Els problemes emocionals són freqüents en adolescents, però no hi ha dades suficients i actuals sobre la seva prevalença en població no clínica i la seva repercussió en el rendiment escolar a aquesta edat. La detecció primerenca permet prevenir trastorns que poden prosseguir al llarg del desenvolupament.

Aquest estudi ja ha estat informat favorablement per les comissions d'Ètica i de Recerca del Rectorat de la UAB i té suport dels Serveis Territorials d'Educació del Vallès Occidental i l'autorització de l'Equip Directiu de la vostra Escola.

Li agraïm molt que donés el seu permís per a que el seu fill pugui col·laborar si ell ho accepta en un estudi que el que pretén es lluitar contra el fracàs escolar i fer una prevenció de la depressió i trastorns d'ansietat en un futur. El treball té valor si col·laboren tots o quasi tots els estudiants d'aquesta edat de la població de Rubí.

Les dades són totalment confidencials i només es faran servir amb l'objectiu científic de la recerca o per avisar als pares en el cas de detectar alguna alteració.

Alumne: _____

- Donem permís per la participació del nostre fill en aquest projecte, (pare, mare o tutor).

Agraeixo per endavant que ens facin arribar la seva acceptació, entregant el paper signat a l'escola de la manera que li sigui més senzilla.

Com més aviat tinguem les seves respostes, abans podrem iniciar l'estudi a aquesta escola aplicant una entrevista individual en un tems entre 60 i 90 minuts.

Molt atentament,

Signat: Edelmira Domènech-Llaberia, Catedràtica Emèrita de Psicopatologia de la UAB, i Directora de la Unitat de Recerca de Psicopatologia del nen i de l'adolescent de la UAB.

Bellaterra, 18 de Setembre 2011.