

# **DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE ENSEÑANZA MEDIA PÚBLICA, SEVERIDAD, GÉNERO Y EDAD\***

## **DEPRESSION IN PUBLIC MIDDLE SCHOOL STUDENTS, LEVELS OF SEVERITY, GENDER AND AGE**

**Nelda Cajigas-Segredo**

Área de Perfeccionamiento Docente y Estudios Superiores, Administración Nacional de Educación Pública y Facultad de Psicología, Universidad de la República, Uruguay

**Evelina Kahan**

Área de Perfeccionamiento Docente y Estudios Superiores, Administración Nacional de Educación Pública y Facultad de Psicología, Universidad de la República, Uruguay

**Mario Luzardo**

Área de Perfeccionamiento Docente y Estudios Superiores, Administración Nacional de Educación Pública y Facultad de Psicología, Universidad de la República, Uruguay

**Ma. del Carmen Ugo**

Facultad de Psicología, Universidad de la República, Uruguay

**Resumen:** Se administró a seiscientos estudiantes de 11 a 17 años de nivel socio-económico medio-bajo de un liceo público del Montevideo suburbano, el Children's Depression Inventory (CDI, Kovacs) tomado de la traducción y validación españolas y factorizado y validado en Uruguay por estos autores con propiedades psicométricas mayoritariamente satisfactorias.

La prevalencia de la depresión alcanzó un 15% de la muestra. Con respecto al género, se confirmaron puntuaciones más altas en las chicas en la Puntuación Global y las dimensiones identificadas. Solamente el factor *Ineficacia* se presenta independiente del género sugiriendo una problemática adolescente específica.

La depresión evoluciona dependiendo del género y aumenta significativamente con la edad consistentemente con parte de la literatura que destaca un incremento en la población femenina posterior a los 12 años.

Aunque no hay diferencia inter género en los estudiantes *no deprimidos*, entre los *moderados* y *severamente deprimidos*, las chicas son el doble de los varones con variaciones por factor.

**Palabras clave:** Depresión Adolescente, Grados de Severidad, Género, Edad, Escalas.

**Abstract:** The Children's Depression Inventory (CDI, Kovacs, 1992) was administered to six hundred 11 to 17 year old students of middle-low socio-economic status from the public system middle school in semi-rural Montevideo. The translation and validation had been made in Spain and was adapted, factorized and validated in the Uruguayan sample by these authors. Psychometric properties were largely satisfactory.

Depression prevalence reached 15% of students. Regarding gender, the Global Composite and the identified dimensions confirmed higher scores in girls. Only the *Inefficacy factor* was found to be gender independent, which suggests a specific adolescence issue.

Depression evolution depends on gender and significantly increases with age. This is consistent with a number of previous studies that highlights an increment in girls after 12 years old.

Albeit *non depressed students* do not show a difference inter gender, *moderate to severely depressed* girls are double the number of depressed boys with variation by factors.

**Keywords:** Adolescent Depression, Severity Levels, Gender, Age, Scales.

\* Este artículo es parte del manuscrito "Depressão em Estudantes Uruguaios: Gravidade, Gênero, Idade e Relação com a Agressão entre Pares entregado en enero de 2010 para un capítulo del libro digital colectivo Jovens, Violência e Escola" compilado por Leila Maria Ferreira Salles y Joyce Mary Adam de Paula e Silva, Dpto. de Educação, UNESP, Rio Claro, Brasil: Editora UNESP, en prensa.

## **INTRODUCCIÓN**

La depresión adolescente últimamente ha sido catalogada entre las enfermedades que mayor sufrimiento causan a las personas, convirtiéndose en uno de los principales motivos de consulta clínica.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002), 121 millones de personas en el mundo sufren de depresión. La prevalencia de esta enfermedad es dos veces mayor en las mujeres y afecta cada vez más a los jóvenes. Cada año se suicidan más de 800.000 personas, y más de la mitad de los suicidios corresponde al grupo de los jóvenes que resulta así el de mayor riesgo.

Lo que genera la depresión depende substancialmente de la concepción de la emoción en cada teoría, ya que se considera que la depresión es una emoción (Del Barrio V., 2007). Según se adhiera a una orientación biológica, psicoanalítica, conductista o cognitivista en psicología, o sociológica, histórica y/o económica en ciencias sociales, se dan cuenta de factores genéticos, psicológicos, psicosociales, de historia del individuo y familia, etc. que interactúan primando uno u otro en la etiología de la depresión. Como es difícil hallar causa y efecto se habla de *factores de riesgo* que indican una correlación significativa entre diversas variables y el problema estudiado.

Investigaciones sobre este tema han identificado que un primer episodio de depresión temprana eleva el riesgo de episodios depresivos, tanto en la adolescencia como en la edad adulta, con tasas de recurrencia que van del 45% al 72% en los tres a siete años subsiguientes (Horowitz & Garber, 2006). Se halló también que existe mayor riesgo en personas con antecedentes familiares, trastornos afectivos y en niños con experiencias vitales negativas, y además, que las influencias ambientales son más importantes en la infancia, pero que en la adolescencia se vuelven mayores las genéticas, sobre todo en niñas, y en ambos géneros, si existió una acumulación de eventos negativos.

Este artículo es parte de una amplia investigación<sup>1</sup> sobre algunos mecanismos psicológicos involucrados en la violencia de adolescentes (los sentimientos de ira, depresión y las conductas agresivas). Los datos aquí descritos provenientes de centros educativos de la enseñanza secundaria pública de Montevideo, responden al interés y la necesidad de la comunidad de resolver los desafíos planteados por la depresión juvenil que, muy frecuentemente, y sin llegar al suicidio o su intento, está asociada con la violencia en la educación. Se apunta al diagnóstico, prevención y desarrollo de intervenciones para mejorar la calidad de vida de los jóvenes, sus familias y centros de estudio.

Luego de describir el entorno socio-económico y educativo en donde viven los jóvenes de la muestra, se presentan los hallazgos más relevantes de la depresión. Se describirán la metodología y los principales resultados según género, edad y grado de severidad.

## 1. LA PROBLEMÁTICA DE LA DEPRESIÓN ADOLESCENTE EN URUGUAY

La adolescencia es un proceso de transición. Este cambio entre la niñez y la edad adulta puede transcurrir con pocos trastornos o con comportamientos de alto riesgo. Es una etapa en que el joven desarrolla su propia identidad y mantiene las relaciones con sus padres, al mismo tiempo que consolida nuevas destrezas y relaciones extrafamiliares. Así, en esta etapa, jóvenes con trastornos importantes tienen mayor probabilidad de padecer problemas cuando adultos. De ahí la necesidad de intervenciones eficaces en los jóvenes, para prevenir problemas de salud y promover una vida productiva y saludable.

Desde un enfoque psicosocial, los adolescentes son seres sociales, que generan un sentido de sí mismos a partir de intercambios interpersonales. Los factores sociales, económicos, culturales y familiares inciden sobre los procesos psico-biológicos individuales. El entorno brinda al individuo medios, modelos y recursos para aprender más sobre sí mismo, siendo esto decisivo en el pronóstico positivo de su salud mental. La fragilidad social y el riesgo de desequilibrio entre individuo y medio social como pueden derivar de la pobreza, el desempleo prolongado, el abandono del sistema educativo, etc., son situaciones caracterizadas por la ruptura de vínculos sociales con el grupo de pertenencia y muchas veces de exclusión social.

<sup>1</sup> Fue financiada por la Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC) de la Universidad de la República del Uruguay durante el período 2000-2002 y posteriormente se ha continuado trabajando en el análisis y difusión de resultados sin apoyo financiero. Desde mediados de 2008 para finalizar la difusión de los resultados, se ha contado con el apoyo del Área de Perfeccionamiento Docente y Estudios Superiores, IPES, ANEP-CODICEN.

Según la OPS (2005) la depresión ocupa el cuarto lugar entre las diez principales causas de morbilidad y se calcula que para el año 2020 ocupará el segundo lugar, siendo la segunda causa de enfermedad entre personas de 15 a 44 años de ambos sexos. Algunos de los problemas socio-económicos y educativos siguientes son susceptibles de afectar al adolescente y provocar síntomas depresivos en la región y en Uruguay.

**Pobreza.** La pobreza, sobre todo prolongada, afecta en muchos aspectos el bienestar de niños y jóvenes. Se ha demostrado que tiene efecto en la salud de cada uno, su desarrollo cognitivo, rendimiento escolar, aspiraciones, autoestima, relaciones, conductas de riesgo y perspectivas de empleo (UNICEF, 2007). La pobreza y su secuela, la exclusión social, inhiben el potencial de los individuos y aumentan el riesgo de perturbar su salud. La persona se vuelve más vulnerable al stress, con mayor riesgo de presentar conductas desadaptadas y de padecer enfermedades mentales.

En los países de la región, la brecha de pobreza entre niños y adultos se ha agravado en los últimos 6 años, inclusive en Uruguay este fenómeno está arraigado con mayor gravedad: por ejemplo, la pobreza es 3,1 veces mayor en niños que en adultos cuando en 2002 la relación era de 2,5 (CEPAL, 2009). El informe CEPAL jerarquiza el mismo fenómeno que también se da en las mujeres quienes muchas son jefes de familia y cuyo trabajo no remunerado en el hogar y el cuidado de terceros impiden la inserción laboral, lo que repercute a su vez en la pobreza de sus hijos.

El apoyo social escaso de la familia pobre y el bajo nivel educativo alcanzado por padres y jóvenes se jerarquizan en un estudio longitudinal finlandés (Huurre, Eerola, Rahkonen & Aro, 2007) que encuentra que el estatus socioeconómico, el apoyo social y la depresión están significativamente asociados.

**Aumento de problemas de salud, urbanización y cambios demográficos.** Aún cuando, la salud sanitaria de las Américas (esperanza de vida al nacer y mortalidad) ha mejorado a fines del siglo XX, en algunos países se han incrementado los problemas de salud relacionados con la *urbanización*, formas de vida y *envejecimiento de la población*. Las tres cuartas partes de la población en las Américas viven en ciudades. Esto conlleva un riesgo mayor de exposición a problemas sociales vinculados con entornos urbanos como la depresión, violencia y otros problemas de salud mental (OPS, 2002).

**Desesperanza.** Dajas (2001) apunta a la situación socioeconómica y política del Uruguay a fines del S. XX y su incidencia en la depresión a través de los sentimientos de desesperanza vividos por muchos jóvenes. Se destacan en la población uruguaya: pobreza infantil y adolescente, segmentación social, desagregación de la familia y nuevas constelaciones familiares, deserción escolar, desempleo de jóvenes que no estudian ni trabajan, emigración.

**Emigración.** La desesperanza en el porvenir de muchos adolescentes engendra un clima afectivo que constituye el caldo de cultivo de los deseos de emigrar. El fenómeno de la emigración ha crecido en el mundo de la segunda mitad del siglo XX, afecta principalmente a los países no desarrollados y Uruguay presenta niveles más importantes que el resto (Pellegrino A., 2003).

En el año 2002 se estimaba que más del 12% de la población del país vivía en el exterior. Jóvenes de familias uruguayas de sectores vulnerables ponen en el fenómeno migratorio una visión optimista en la búsqueda de una mejor calidad de vida (CLAEH, 2008). La emigración facilita la desintegración familiar y tiene impacto social sobre 3 generaciones: el emigrante, sus padres y futuros hijos y nietos.

La **deserción escolar** es otro fenómeno importante que favorece la depresión de los jóvenes y, en círculo vicioso, se agrava con ella. En el año 2000, la tasa de deserción de los adolescentes en varios países latinoamericanos, inclusive Uruguay, afectaba al 25% - 35 % de los jóvenes de 15 a 19 años. En Uruguay como en otros países de la región, entre el 50% y 60% del abandono escolar se produce en la Secundaria y los principales factores de riesgo mencionados son la repetición por inasistencias, el bajo rendimiento y la extra-edad asociada al retardo escolar.

**Debilidades del sistema escolar.** Un primer factor “expulsor” del sistema escolar comprende la situación económica y el contexto familiar de los niños/adolescentes (insuficiencia de ingresos, inserción laboral temprana, anomia familiar, etc.). En casos, la familia como fuente de desamparo y violencia, así como la cultura extendida en

los contextos desfavorables de falta de apoyo del trabajo formativo de la escuela, juegan un rol crítico. En segundo lugar y al interior del sistema escolar,: problemas conductuales, bajo rendimiento, autoritarismo y ausentismo docente, etc. generan situaciones expulsoras, ya sea por su inadecuada acción socializadora o porque no canalizan los problemas adversos del contexto de los alumnos (Espíndola & León, 2002).

Se observó que los jóvenes con bajo rendimiento en el primer grado, probablemente experimenten síntomas depresivos en sus últimos años de estudio y se manifiestan en conducta, atención y problemas sociales, siendo el sexo femenino el más afectado (APA, 2008). Otro estudio sobre las repercusiones del rendimiento escolar en el desarrollo individual y de salud de los jóvenes reveló que quienes rinden mejor académicamente muestran menos conductas de riesgo, incluidos el consumo de sustancias y los pensamientos suicidas (OMS, 2000).

**Suicidio.** El suicidio adolescente está vinculado con la presencia de psicopatología, predominantemente depresión y conductas de adicción. (Dajas, 2001). De acuerdo con la OMS Uruguay se encuentra entre los seis países con mayor número de suicidios, producto de la depresión, y exhibe una de las tasas más altas de América Latina (alrededor de 10/100.000 habitantes a fines del siglo pasado) según Bailador, Viscardi y Dajas (1997). Según informes actualizados de la OMS y OPS actualmente el suicidio es la segunda causa de muertes entre el grupo de edad de 10-24 años. Aunque tradicionalmente la población con mayores tasas de suicidio eran los varones de edad avanzada, las tasas de los jóvenes han venido creciendo a tal punto que ellos son actualmente el grupo con el riesgo más alto, tanto en los países industrializados como en los emergentes. Por otra parte, datos presentados por el Ministerio de Salud Pública uruguayo en junio de 2010 exponen que el 18% de las muertes de adolescentes y jóvenes ocurridas en Uruguay entre los años 2005 y 2009 correspondieron a suicidios. Las cifras muestran que cada cuatro días un adolescente o joven se quita la vida en el país. Uno de cada diez tiene entre 10 y 14 años. Cuatro tienen entre 15 y 19 y cinco de ellos tienen entre 20 y 24 años. (Lima, M.E., 2010).

Los comportamientos adolescentes ocurren en un contexto que incluye a las familias, al grupo de amigos, a la institución educativa y a la sociedad en su conjunto. Cuanto más adverso es el entorno, mayor es la necesidad de apoyo. Es importante que los países emergentes inviertan en el adolescente con un enfoque preventivo y de desarrollo, asegurando un crecimiento sano y las competencias necesarias para construir la sociedad futura que depende de una población joven, saludable y productiva (Burt, 1998).

## 2. MÉTODO

### 2.1. Participantes

*La población* de estudio estuvo conformada por 607 jóvenes, 46 % hombres y 54 % mujeres, que en 2001 cursaban los tres primeros años de enseñanza media en un establecimiento público. El rango de edades de esta muestra no clínica estuvo comprendido entre los 11 y 17 años y la mayoría de los estudiantes pertenecían a un estrato socio-económico medio-bajo con necesidades básicas satisfechas (Cajigas et al., 2003) que residían en una zona periférica y semiurbana de Montevideo. Presentaban características socio-demográficas similares a la de gran parte de la población estudiantil de la educación pública.

### 2.2. Procedimiento

Con el propósito de llevar adelante esta investigación se contó con el aval de las autoridades centrales y la cooperación de la dirección del centro que también permitió con beneplácito una intervención psico-educativa posterior por parte de este equipo, con el fin de atender los problemas identificados. Los padres firmaron un consentimiento escrito para que sus hijos participaran. Se mantuvieron reuniones preparatorias para explicar los objetivos de la investigación tanto con los estudiantes como con los docentes de aula.

A los efectos de la investigación se recurrió a la aplicación de instrumentos auto-administrados, aplicados en una sola vez con excepción de los grupos donde se aplicó el re-test a la semana siguiente para controlar la confiabilidad. Menos del 2,5% del total de los estudiantes consultados se negaron a responder lo que supone una excelente tasa de respuesta que ha contribuido a la confiabilidad de los resultados. Varios estudiantes declararon que les había

gustado contestar los cuestionarios porque les habían permitido pensar en algunos de los problemas que se exploraban.

Los jóvenes participaron voluntaria y satisfactoriamente, luego de ser informados sobre la investigación y la importancia de su cooperación en la misma. Se aclaró que el material sería manejado exclusivamente por el equipo de investigación, exterior al Liceo, y se mantendría estricta confidencialidad relativa a las respuestas individuales.

La aplicación de esta prueba permitió una estimación aproximada de los estudiantes de riesgo (con altas puntuaciones en la escala o con sucesos vitales estresantes). A dichos jóvenes, identificados por la fecha de nacimiento, se les propuso participar en grupos de apoyo con profesionales externos y / o se los refirió al equipo multidisciplinario (psicólogo y asistente social) del liceo con el fin de orientarlos.

Con posterioridad al primer análisis, tuvo lugar una instancia de devolución donde se expusieron los resultados obtenidos, y en la cual se intercambiaron opiniones con la dirección y el equipo de docentes.

### **2.3. Instrumento**

Con el fin de evaluar la depresión se administró el *Inventario de Depresión para Niños de Kovacs* (1992), al que se alude corrientemente como *CDI* (*Children's Depression Inventory*) y que se tomó de la adaptación, traducción y validación española de Del Barrio (1997a) y Del Barrio, Moreno & López (1997b, 1999). Se realizaron pequeñas adaptaciones de lenguaje cuando algunas palabras o frases no eran las usadas corrientemente en Uruguay y por consiguiente podrían no haber sido bien comprendidas por los jóvenes. Se analizaron los resultados y la escala fue factorizada y validada en la muestra uruguaya.

#### **2.3.1. Inventario de Depresión Infantil (CDI)**

El CDI es el auto-informe más citado e investigado dentro de la temática de la depresión infantil y es utilizado tanto en población normal como clínica. Incluye los ambientes relevantes del mundo infantil, los componentes fundamentales del constructo de depresión con dimensiones cognitivas, afectivas, motivacionales, vegetativas y psico-motoras (Frías, Del Barrio & Mestre, 1991) y permite cuantificar la severidad del síndrome depresivo. Consta de 27 ítems, con tres oraciones cada uno que describen niveles crecientes o decrecientes de un síntoma de depresión dado. Se solicita a niños y jóvenes de 8 a 17 años que marquen la opción del ítem que mejor describe a cada uno en las últimas dos semanas. Al ítem se le asigna un valor numérico que va de 0 a 2 y cuanto más alto es el puntaje total, el nivel de depresión es mayor. Los ítems se muestran en el apartado siguiente.

#### **2.3.2. Estructura Factorial de la Escala**

La extracción de factores se realizó por el Método de Análisis de los Componentes Principales con el Método de Rotación Varimax con Normalización de Kaiser. La estructura factorial finalmente adoptada en la muestra uruguaya fue una solución de cuatro factores - explicando el 35, 11% de la varianza - correspondientes a las dimensiones de la depresión surgidas en esta población: (a) Autoestima Negativa/ Retraimiento (AENR); (b) Autoestima Negativa / Oposicionismo (AENO); (c) Ineficacia (INE) y (d) Ansiedad (ANS).

El CDI ofrece una Puntuación Compuesta Global. Después de la factorización en la muestra estudiada, la estructura más satisfactoria comprende 23 ítems en el total de los factores. Aunque una solución de 5 factores surgió con un porcentaje de varianza explicada más alto, se eligió este agrupamiento por su significado clínico con los adolescentes y la coherencia conceptual de los ítems dentro de los factores. No se guardaron ítems con cargas menores a 0,36, ni aquellos que tuvieran cargas simultáneas en dos factores de aproximadamente dicha magnitud o mayores. De acuerdo a estos criterios se eliminaron un total de cuatro ítems del CDI original.

Tabla 1. Estructura Factorial del Inventory de Depresión

Inventory de Depresión Infantil (CDI, Kovacs)		
Factor 1: Autoestima negativa / Retraimiento (9 Items)		
1	Estoy triste siempre	0.53
4	Nada me divierte	0.51
7	Me odio	0.40
10	Tengo ganas de llorar todos los días	0.59
14	Soy feo/a	0.52
20	Me siento solo siempre	0.59
21	Nunca me divierto en el liceo	0.49
22	No tengo amigos	0.57
25	Nadie me quiere	0.50
Peso específico 4,9		% varianza explicada 19
Factor 2: Autoestima negativa/ Opcionismo (5 Items)		
5	Soy malo siempre	0.48
9	Quiero matarme	0.42
17	Estoy cansado siempre	0.46
26	Nunca hago lo que me dicen	0.47
27	Me peleo siempre	0.69
Peso específico 1,60		% varianza explicada 6
Factor 3: Ineficacia (6 Items)		
2	Nunca me saldrá nada bien	0.60
3	Todo lo hago mal	0.36
13	No puedo decidirme	0.39
15	me cuesta ponerme a hacer deberes	0.47
23	Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba bien	0.67
24	Nunca podré ser tan bueno como otros compañeros	0.41
Peso Específico 1,36		% varianza explicada 5
Factor 4 Ansiedad (3 Items)		
6	Estoy seguro que me van a ocurrir cosas terribles	0.55
11	Las cosas me preocupan siempre	0.56
19	Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad	0.67
Peso específico 1,35		% varianza explicada 5

## 2.4. Propiedades Psicométricas

Las propiedades psicométricas resultaron de adecuadas a satisfactorias.

### 2.4.1. Validez

Con respecto a la validez de constructo, el concepto medido se comportó de manera consistente y en forma conceptualmente esperable ya que (a) se constataron cambios evolutivos en la depresión de los jóvenes; (b) se pudieron discriminar poblaciones de niños y adolescentes y así, los que obtuvieron un alto puntaje se diferencian significativamente de los que alcanzaron un puntaje medio o bajo, y (c) la estructura factorial y las correlaciones observadas muestran consistencia.

En primer lugar a nivel interno, los factores se relacionan significativa ( $p < 0,01$ ) y lógicamente con la Puntuación Global y entre sí. Ellos exhiben correlaciones positivas moderadas a fuertes y sólo el factor Ansiedad exhibe una correlación relativamente débil. La Puntuación Global correlaciona fuertemente con la Autoestima negativa combinada con Retraimiento (AENR 0,84) y los sentimientos de inadecuación (Ineficacia INE 0,73). Algo menor pero también importante es la correlación entre Puntuación Global y AEN / Opcionismo (AENO 0,63). Por último, la asociación con la Ansiedad (0,35) es aceptable aunque no alcanza el valor de las otras tres dimensiones.

Entre factores, la Ineficacia correlaciona positivamente con las dos variantes de la AEN pero más fuertemente con la AEN Retraimiento (0,48) que con la AEN Opcionismo (0,36). Con la Ansiedad la asociación de la Ineficacia no es significativa como no lo es tampoco con la AEO. En cuanto a la AEN Retraimiento correlaciona aceptablemente

con la AEN oposicionismo (0,40), como ya se dijo con la Ineficacia (0,48) y es el único factor que alcanza una correlación significativa ( $p < 0,01$ ) con la Ansiedad aunque débilmente (0,16).

En segundo lugar y comparando con otras escalas administradas a la misma población, el constructo que se buscó validar – la depresión - muestra correlaciones de significado lógicamente esperable con la Escala de Agresión entre Pares (Cajigas, Kahan, Luzardo, Najson, Zamalvide, 2004; Cajigas, Kahan, Luzardo, Najson, Ugo & Zamalvide, 2006; Cajigas, Kahan, Luzardo & Ugo, 2008; Cajigas, Luzardo & Ugo en Berger y Lisboa, 2009) y el Inventory de Ira Estado-Rasgo para Niños STAXI-N<sup>2</sup> (Cajigas, Kahan & Luzardo, 2006; Cajigas, 2007).

#### **2.4.2. Confidabilidad**

La confidabilidad se evaluó mediante el método test-retest con una semana de intervalo y los coeficientes de Cronbach que miden la consistencia interna, es decir la homogeneidad de los ítems a través de la escala.

Los Coeficientes de Confidabilidad Test-Retest obtenidos en la Puntuación Compuesta Global (0,84) y en AEN/Retraimiento (0,86) muestran valores satisfactorios mientras que los de AEN/Opcionismo (0,73) e Ineficacia (0,67) resultan también relativamente satisfactorios. El coeficiente de Ansiedad es el más débil y alcanza 0,52. En todos los casos, las chicas muestran coeficientes más altos (PCG 0,87, AENR 0,89, AENO 0,80, INE 0,72 y ANS 0,61) y responden en las dos tomas de manera más consistente que los varones (PCG 0,73, AENR 0,72, AENO 0,63, INE 0,56 y ANS 0,29).

Los coeficientes alpha de Cronbach resultaron consistentes con los de varios trabajos anteriores estudiados por Frías, Del Barrio y Mestre (1991). El coeficiente *alfa* de la Puntuación Compuesta Global (0,78, con 0,77 para las Mujeres y 0,75 para los Varones) es satisfactorio y los coeficientes de los factores son de satisfactorios a adecuados: con 0,69 para AEN/Retraimiento, 0,56 para Ineficacia y 0,51 para AEN / Opcionismo. El más débil es el correspondiente a Ansiedad (0,37). Los *alpha* de chicas y varones resultaron también de satisfactorios a adecuados y más similares inter-género que los coeficientes Test-Retest. En los factores las chicas obtuvieron (AENR 0,66, AENO 0,54, INE 0,60 y ANS 0,37) y los varones (AENR 0,69, AENO 0,46, INE 0,53 y ANS 0,33).

### **3. RESULTADOS**

El análisis de los principales hallazgos relativos al CDI distingue los componentes de la estructura factorial y los datos se examinan por medio de medias y frecuencias y en función del género y la edad. Con las frecuencias se analizará la intensidad de la depresión ya que incluso niveles moderados de depresión se asocian a dificultades académicas y de relacionamiento con los pares (Twenge & Nolen-Hoeksema, 2002).

#### **3.1. Estudio de las Medias por Género y Edad**

El análisis que sigue apunta a describir el perfil de los estudiantes de primer ciclo del secundario examinando las medias por género primero y luego por edad.

##### **3.1.1. Efecto de Género**

Con respecto al género, se confirmó la existencia de puntuaciones más altas en las chicas, tanto en la Puntuación Global como en la mayoría de las otras dimensiones.

Tabla 2. Medias y (DT) de la Puntuación Compuesta Global por Género

<sup>2</sup> Sobre la base de la State-Trait Anger Scale de Spielberger (1988) adaptada para niños y a la población española por Del Barrio, Spielberger & Moscoso (1998) y Moscoso y Spielberger (1999) y validado en población uruguaya por este equipo de investigación

	<i>CDI Global</i>	<i>Autoestima Negativa/Retraimiento</i>	<i>Autoestima Negativa/Opcionismo</i>	<i>Ineficacia</i>	<i>Ansiedad</i>
<b>Total</b>	12,50	3,19	1,53	3,85	2,46
<b>N = 599</b>					
<b>Chicas</b>	13,73	3,75	1,71	3,90	2,75
<b>N = 322</b>					
<b>Varones</b>	10,96	2,48	1,30	3,78	2,12
<b>N = 276</b>					
<b>t</b>	5,45	5,88	3,16		5,28
<b>p</b>	.00	.00	.002	NS	.000

Esta asociación entre depresión y sexo femenino es consistente con la literatura. Se comprueba también que, en la autoestima negativa, en sus dos variantes, sentimientos de inadecuación corporal (soy feo/a) combinados con aislamiento, y vivencias de sí negativas (malo, rebelde y oposicionista), así como en la ansiedad, las chicas son significativamente más numerosas que los varones.

Los sentimientos de *ineficacia* o incompetencia son compartidos tanto por los muchachos como por las chicas sin diferencia significativa, lo que sugiere una problemática adolescente más propia del período etario que aparece independiente del género.

### 3.1.2. Efecto de la Edad

Los datos confirmaron que la depresión aumenta significativamente con la edad y por consiguiente con el grado académico, lo que es consistente con un segmento de los estudios anteriores que destacan esta evolución ascendente y con un incremento en las jóvenes, después de los 12 años (Del Barrio, 1997a).

*La Autoestima Negativa/Opcionismo* aumenta con la edad al igual que la *Autoestima Negativa /Retraimiento social*, aunque en esta última dimensión no alcanza significación estadística. Los sentimientos de *Ineficacia* e inadecuación también crecen regularmente con la edad.

Tabla 3. Medias y (DT) de la Puntuación Compuesta Global por Edad

<i>A. Edad</i>	<i>11-12</i>	<i>13</i>	<i>14</i>	<i>15-16- 17</i>
<i>CDI</i>	<b>N = 130</b>	<b>N = 159</b>	<b>N = 190</b>	<b>N = 118</b>
<i>Puntuación Global*</i>	<b>10,92</b>	<b>12</b>	<b>13,2</b>	<b>13,43</b>
<i>Autoestima Negativa/Retraimiento</i>	2,83	3,02	3,38	3,34
<i>Autoestima Negativa/Opcionismo*</i>	<b>1,26</b>	<b>1,24</b>	<b>1,81</b>	<b>1,72</b>
<i>Ineficacia*</i>	<b>3,05</b>	<b>3,76</b>	<b>4,05</b>	<b>4,47</b>
<i>Ansiedad</i>	2,52	2,52	2,5	2,23

\*Anova F-ratio significativo a p<.00

La *Ansiedad* se mantiene estable en los grupos más jóvenes y disminuye algo en el grupo mayor pero no alcanza significación estadística.

Estos datos son en general consistentes con los hallazgos resultantes del estudio de las frecuencias con el cual se ha intentado alcanzar un análisis más complejo articulando el grado de severidad de la misma con género y edad.

### 3.2. Estudio de Frecuencias

Se examinarán el género y la edad teniendo en cuenta los componentes factoriales de la Depresión y el grado de severidad de la misma.

### 3.2.1. Grado de severidad de la depresión, género y edad

Los estudiantes no deprimidos (cuyas puntuaciones en la Escala de Depresión son menores que la media más 1 DT) fueron distinguidos de aquellos que exhiben una depresión leve/moderada (con puntuaciones iguales o mayores a la media más 1 DT pero menores a la media más 1,5 DT) y los estudiantes con depresión severa (con puntuaciones iguales o mayores que la media más 1,5 DT). En la Tabla 4, página siguiente, se muestran las frecuencias de los estudiantes por severidad de Depresión y género, en función de los componentes factoriales del CDI.

Tabla 4. Frecuencias de Estudiantes por Severidad de la Depresión, Género y Componentes Factoriales

Niveles de severidad de la Depresión	CDI Global		Autoestima Negativa/Retraimiento		Autoestima Negativa/Oposicionismo		Ineficacia		Ansiedad	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
No deprimidos*	514	85	496	83	485	81	467	77	450	75
Mujeres	262	44	242	40	245	41	250	41	225	37
Hombres	252	42	254	42	240	40	217	36	225	37
Leve/ Moderada**	46	8	56	9	78	13	101	17	146	24
Mujeres	31	5	46	8	52	9	52	9	94	16
Hombres	15	2	10	2	26	4	49	8	52	9
Severa***	42	7	47	8	38	6	35	6	5	1
Mujeres	31	5	34	6	26	4	22	4	4	1
Hombres	11	2	13	2	12	2	13	2	1	0
Total	602	100	599	100	601	100	603	100	601	100

No deprimidos\* < Media + 1 DT

Leve/ Moderada \*\* > Media + 1 DT < Media + 1.5 DT

Severa \*\*\* > Media + 1.5 DT

En los *estudiantes no deprimidos* no se observan diferencias ínter género de acuerdo a los análisis realizados con el t de Student.

En cambio, las frecuencias de los estudiantes *con altas puntuaciones* indican que las mujeres son más numerosas que los varones. Respecto a los estudiantes con puntuaciones altas (>Media + 1 DT) tomados en conjunto, en la *Puntuación Global* se observa que más del doble de las chicas en relación con los muchachos manifiestan sentir depresión leve a severa (62 chicas frente a 26 varones). Comparando estas 62 chicas al total de mujeres de la muestra, ellas representan un 19% de las mujeres muestrales, y comparando los 26 muchachos a los varones de la muestra, ellos representan un 9% del total de varones, resultando la *diferencia ínter género significativa* ( $p=0,00$ ) en los *estudiantes deprimidos*.

Por otra parte la diferencia ínter género varía de acuerdo al componente depresivo: (a) en la *AEN combinada con Retraimiento*, la diferencia ínter género de la muestra es más del triple (25% del total de mujeres frente a un 8% de varones ( $p=0,00$ )); (b) en *AEN/ Opcionismo* la diferencia entre mujeres y varones es aproximadamente el doble (24% de todas las mujeres frente a 14% del total de los varones ( $p=0,00$ )) y (c) en *Ansiedad* la proporción de chicas es 2/3 mayor que la de los varones (30% del total de mujeres frente al 19% de los hombres ( $p=0,00$ )). (d) Por último en *Ineficacia* la diferencia no es significativa y ya se vio en el caso de las medias, que los sentimientos de inadecuación se reparten de modo similar entre chicas y varones sugiriendo que las inseguridades debidas a lo académico y los sentimientos de ineficacia generan sentimientos depresivos en los adolescentes en general, sin diferencia de género.

Tomados por separado, en los estudiantes *leve a moderadamente deprimidos* tanto en la Puntuación Global como en las otras dimensiones, el porcentaje de las mujeres muéstrales es mayor que el de los hombres ( $p = < 0,03$ ) con excepción de los porcentajes en Ineficacia.

Así mismo en *los estudiantes considerados severamente deprimidos* los porcentajes de las mujeres muéstrales son mayores que los de los varones tanto en el CDI Global como en las dos clases de autoestima negativa, AEN/ Retraimiento y en AEN/ Oposicionismo ( $p = < 0,04$ ).

En el caso de los estudiantes más enfermos las diferencias de frecuencias inter género no son significativas para los factores *Ansiedad e Ineficacia*.

### 3.2.2. Grado de Severidad de la Depresión por Componentes Factoriales y Edad

En la *Puntuación Global*, las frecuencias del grupo de los estudiantes *no deprimidos* disminuyen a medida que aumenta la edad sugiriendo que los sentimientos depresivos van ganando terreno en esa población cuyo grupo más joven (11-12 años) cuenta con 93% de los chicos sin síntomas y donde, a los 15-17 sólo el 80% de estudiantes es asintomático (significativo a alfa 0,05). En cambio, aquellos que experimentan sentimientos *depresivos* (7% a los 11-12 años) se vuelven más numerosos con la edad alcanzando el 20% de los mayores.

Con respecto a los componentes de la depresión, *los no deprimidos* siguen la misma evolución que en la Puntuación Global (excepto en Ansiedad que no exhibe un patrón definido). El porcentaje de estudiantes *sin síntomas* decrece con la edad sugiriendo lo ya observado, es decir, que la depresión aumenta con la edad.

Tabla 5. Frecuencias de Estudiantes por Severidad de la Depresión, Componentes Factoriales y Edad

	Nivel Depresión	11 Y 12 AÑOS		13 AÑOS		14 AÑOS		15 16 Y 17 AÑOS	
CDI	<b>No Deprimidos</b> <i>&lt; Media + 1 DT</i>	121	*93%	139	88%	157	82%	94	80%
	<b>Leve/Moderada</b> <i>&gt; Media + 1 DT y &lt; Media + 1.5 DT</i>	5	4%	10	6%	17	9%	13	11%
	<b>Severa</b> <i>&gt;Media +1.5 DT</i>	4	3%	10	6%	16	9%	11	9%
AEN Retraimiento	<b>No Deprimidos</b>	115	88%	132	83%	155	81%	94	80%
	<b>Leve/ Moderada</b>	8	6%	19	12%	19	10%	10	8%
	<b>Severa</b>	7	6%	8	5%	17	9%	14	12%
AEN Opcionismo	<b>No Deprimidos</b>	113	86%	139	87%	143	75%	89	75%
	<b>Leve/ Moderada</b>	13	10%	18	11%	27	14%	20	17%
	<b>Severa</b>	5	4%	4	2%	20	*11%	9	8%
Ineficacia	<b>No Deprimidos</b>	115	*87%	127	79%	141	74%	84	71%
	<b>Leve/ Moderada</b>	14	11%	24	15%	40	21%	22	18%
	<b>Severa</b>	2	2%	10	6%	10	5%	13	*11%
Ansiedad	<b>No Deprimidos</b>	94	72%	118	73%	147	77%	91	77%
	<b>Leve/ Moderada</b>	35	27%	43	27%	39	21%	28	23%
<i>*Test de homogeneidad significativa a alfa 0.05</i>	<b>Severa</b>	1	1%	0	0%	4	2%	0	0%

En cuanto a los *estudiantes leve / moderadamente deprimidos* y aquellos con depresión severa conjuntamente, se observa que en general las frecuencias aumentan a medida que los estudiantes se desarrollan en la institución educativa. Si se consideran en conjunto se verifica a  $p = 0,01$  que la depresión aumenta con la edad en la Puntuación Global, en AENO y en INE. En AENR los porcentajes se incrementan pero no alcanzan significación estadística. En Ansiedad parecería que la edad no influye aunque los datos son difíciles de interpretar. Los porcentajes de los *estudiantes deprimidos* crecen significativamente con la edad y se muestran cada uno de los grupos de edades comenzando por los más jóvenes

- *Puntuación Compuesta Global:* 7%, 13%, 17% y 20% ( $\chi^2$  (signif. a  $p=0,01$ );
- Para *AENO* 14%, 14%, 25% y 25% ( $\chi^2$  signif. a  $p=0,01$ );
- Para *INE*: 12%, 21%, 26% y 30% ( $\chi^2$  signif. a  $p=0,00$ ).

Si se comparan las frecuencias de los grupos extremos, el de los menores con los mayores, se observa también el incremento de la depresión con la edad en *los estudiantes deprimidos tomados en conjunto*:

- en la *Puntuación Global* (de 7% a 20%,  $p < 0.01$ );
- en *Autoestima Negativa / Oposicionismo* (de 14% a 25%,  $p < 0.05$ );
- en *Ineficacia* (de 13% a 29%,  $p < 0.01$ ) y
- en *Autoestima Negativa / Retraimiento* (de 12% a 20% aunque NS).

### **3.2.3. Grado de Severidad de la Depresión por Componentes Factoriales, Edad y Género**

Sólo se muestran aquí los estudiantes *no deprimidos* por género en cada grupo de edad y en aquellos componentes en que las diferencias son significativas. La nueva información aportada con respecto a los datos ya observados revela la razón más probable por la cual se erosiona el grupo de los mayores *no deprimidos*.

En la Tabla 6 se observa que entre los estudiantes *no deprimidos* tanto en la Puntuación Global como en las AEN Retraimiento y Oposicionismo (en los otros dos componentes misma tendencia sin significación) el grupo mayor de los varones se vuelve más numeroso en una saludable evolución, mientras que el grupo mayor femenino disminuye (baja de 54% en la edad anterior a 36% en las chicas mientras sube de 46% a 64% en los varones). Es decir, mientras que entre los *no deprimidos* el porcentaje de mujeres se reduce en el grupo de los mayores, el porcentaje de varones se eleva con alivio de los sentimientos depresivos que pudieran experimentar.

Tabla 6. Frecuencias de Estudiantes No Deprimidos por Género y Edad

CDI		11 Y 12 AÑOS		13 AÑOS		14 AÑOS		15 16 Y 17 AÑOS	
		N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Puntuación Global</b>									
No deprimidos *	Mujeres	68	56	74	53	84	54	34	36
	Varones	53	44	65	47	73	46	60	64
Total (322)	Mujeres	76		89		107		50	
Total (275)	Varones	54		70		83		68	
<b>Autoestima Negativa / Retraimiento</b>									
No deprimidos **	Mujeres	63	55	67	51	79	51	33	35
	Varones	52	45	65	49	76	49	61	65
Total (322)	Mujeres	76		89		107		50	
Total (276)	Varones	54		70		84		68	
<b>Autoestima Negativa / Oposicionismo</b>									
No deprimidos ***	Mujeres	63	56	76	55	76	53	30	34
	Varones	50	44	63	45	67	47	59	66
Total (323)	Mujeres	76		91		107		49	
Total (273)	Varones	55		70		79		69	

\* Los totales no son todos coincidentes porque algunos estudiantes no contestaron todos los ítems o faltan datos de las variables.

\*\*  $\chi^2$  p < 0.017

\*\*  $\chi^2$  p < 0.027

\*\*\*  $\chi^2$  p < 0.005

#### 4. DISCUSIÓN

En la *depresión por género* se encontraron hallazgos consistentes con la literatura sobre el tema. Las chicas se deprimen más que los varones como se refleja en el *CDI Global*, así como en la *auto-estima negativa* en sus dos variantes (sentimientos de inadecuación física/retramiento y de ser malo y rebelde/oposicionista) y en *ansiedad*. Autores como Twenge & Nolen-Hoeksema (2002) examinan las respuestas de la literatura y de sus propios trabajos con respecto a la razón por la cual las chicas son más depresivas. Una de las explicaciones más frecuentes de los cambios en las adolescentes se atribuye a los cambios fisiológicos de la pubertad que incrementan el riesgo de depresión en las mujeres. Otros factores invocados son las experiencias traumáticas de abuso que son dos veces más frecuentes en mujeres que en varones, y los cambios sociales como las transiciones en el sistema escolar (pérdida de un medio más protegido), transiciones que han sido observadas en los datos analizados aquí.

Como dicen los autores citados, podría ser que las causas de las diferencias de género en la depresión puedan variar según los distintos grados de severidad de la misma: en las depresiones severas debiéndose a las situaciones de abuso y en las moderadas a las diferencias en la auto estima. Este trabajo no estuvo diseñado para aclarar lo planteado por Twenge y Nolen-Hoeksema, pero confirma que en esta muestra los datos empíricos son similares a los obtenidos en los países industrializados.

*Los sentimientos de inadecuación y dificultades académicas* es otro tema que emerge de los resultados. Los sentimientos de *ineficacia* son compartidos por muchachos y chicas sugiriendo que, en la depresión adolescente las dificultades/inseguridades académicas son un aspecto central. La *Ineficacia* aparece así como una peculiaridad substancial de la depresión adolescente y en el presente trabajo, independiente del género. Esto interpela, para su solución, no sólo a los individuos sino también a la institución educativa que debe volverse un ambiente en el cual los estudiantes lleven adelante experiencias gratificantes y alcancen éxitos en los aprendizajes.

Un trabajo reciente (Herman, Reinke, Lambert & Lalongo, 2008) demuestra la relación existente entre rendimiento académico y cogniciones depresivas lo que ya había sido estudiado en niños blancos americanos y de otros orígenes, pero por primera vez estudiaron niños americanos de ascendencia africana. Los escolares con dificultades académicas en primer año elemental están en riesgo de depresión cuando llegan al Secundario y esto es doblemente intenso en niñas que en varones. Los autores sostienen que el centrarse temprano en aquello que los chicos hacen bien ayuda al fortalecimiento de la autoestima y la protección de la espiral descendente de la depresión.

*Los niveles de severidad en la depresión* fueron destacados por Twenge y Nolen-Hoeksema (2002) en su estudio de la literatura. Estos autores citan varias investigaciones de los 90 que hallaron diferencias de género más grandes en los niveles severos de depresión a diferencia de los análisis sobre las medias del puntaje global en donde todo el rango de intensidad de la depresión es considerado. Así el número de mujeres resulta mayor en la depresión severa que en la depresión leve a moderada. El presente estudio ha encontrado también diferencias de género más fuertes en los grados de severidad más altos: en los deprimidos, las mujeres son del doble al triple de los varones. Sin embargo, se ha hallado también que en el grupo mayor de los severamente deprimidos hay predominancia de varones, aunque la muestra de los más deprimidos es pequeña y las conclusiones no poseen un grado de certeza razonable.

*En cuanto a la evolución de la depresión y sus dimensiones por edad, la puntuación Global de depresión* aumenta significativamente con la edad y por lo tanto por grado académico así como la *Autoestima Negativa/Oposicionismo y los Sentimientos de Ineficacia*. ¿Se vuelven los estudiantes más conscientes de sus limitaciones cuando se van acercando a la edad adulta? Posiblemente la incertidumbre que les genera la independencia del núcleo familiar, las escasas expectativas alentadoras del entorno y las circunstancias ya descritas del país, favorecen el desarrollo de sentimientos depresivos en los jóvenes.

La *Autoestima Negativa/Retraimiento*, se incrementa levemente con la edad y la *Ansiedad* se mantiene estable en los más jóvenes y disminuye algo en el grupo mayor pero en ninguno de estos dos casos alcanza significación estadística.

Con respecto al *grado de severidad de la depresión y el género* mostró un resultado claro: *las chicas con depresión moderada y severa* son significativamente más numerosas que los muchachos.

Las chicas deprimidas sienten más *autoestima negativa* de los dos tipos: las que experimentan la autoestima negativa con *retramiento* son tres veces más numerosas que los muchachos y aquellas que la experimentan con *oposicionismo* son aproximadamente el doble de los varones. Las que se sienten *ineficaces* son más numerosas que los varones y las que experimentan *ansiedad* son el triple de ellos.

En lo relativo a *la evolución por edad de la depresión según el género*, un segmento de estudios anteriores de la literatura sobre depresión (Del Barrio, 1997a) observa que después de los 12 años, la depresión es más frecuente en las niñas, lo que es consistente con lo hallado en este estudio. ¿A qué edad se inflexiona la curva y cuándo comienza a ser más alta en las niñas? La búsqueda de esta respuesta está siendo objeto de estudios y discusiones.

Diferentes investigaciones han encontrado diferencias en la evolución de la depresión por edad en los niños. Twenge & Nolen-Hoeksema (2002) en un meta-análisis de 310 muestras con niños entre 8 y 16 años analizaron la evolución por edad en las niñas y en los varones. Encontraron que entre los 8 y los 11 años las puntuaciones son estables en las mujeres y se incrementan entre los 12-13 y 16 años, mientras que los niños presentan puntuaciones estables excepto una elevación a los 12 años. En el presente estudio también se encontró que las puntuaciones crecían con la edad en las mujeres con un pico a los 14 años, mientras que en los varones, las puntuaciones de aquellos con síntomas depresivos continúan aumentando con la edad.

El análisis de los datos obtenidos por edad, género y grado de severidad es complejo. En los *estudiantes no deprimidos* no se encontró una diferencia significativa inter género. Sin embargo, la evolución por edad revela que las mujeres muestran una tendencia a disminuir en el grupo mayor de estudiantes asintomáticos. En la Puntuación Global, en las dos formas de Autoestima Negativa y en Ineficacia *los estudiantes no deprimidos* disminuyen significativamente a medida que se vuelven mayores, o sea que la depresión erosiona progresivamente el grupo asintomático de los más jóvenes. Sin embargo, la evolución por edad de los *no deprimidos* muestra que dicha disminución se debe principalmente al porcentaje de mujeres no deprimidas que se reduce en el grupo de los mayores, mientras que el número de varones *no deprimidos* se eleva regularmente con la edad apuntando a una superación parcial de los sentimientos depresivos que pudieran haber experimentado en la adolescencia temprana. Los/as adolescentes que pierde el grupo de los *no deprimidos* a medida que pasa el tiempo verían mermadas sus esperanzas de éxito en los estudios simultáneamente al crecimiento de las responsabilidades exigidas por la sociedad y sus dificultades de inserción en ella. Como se ha visto, el contexto familiar, socio-económico y educativo uruguayo puede generar en el/la joven sentimientos de desesperanza y frustración.

Este fenómeno del grupo de *los mayores no deprimidos*, en donde el grupo femenino decrece y el masculino se agranda, sugiere que entre los adolescentes saludables *la erosión de individuos en el grupo mayor es particular a las mujeres* que, *más vulnerables a la depresión*, en la adolescencia tardía pasarán a engrosar las filas de los deprimidos.

## 5. CONCLUSIONES

La depresión en los adolescentes tempranos presenta patrones diferentes según: a) el género, b) la edad, c) los diferentes componentes factoriales y c) los grados de severidad de la depresión.

Después de la pubertad la depresión afecta más a las chicas que a los varones. Con la edad las chicas se deprimen más que los muchachos lo que hace que las mujeres son más numerosas en los grupos mayores. Asimismo las chicas se encuentran en mayor número en los grupos de estudiantes con depresión moderada o severa.

Las tres dimensiones depresivas que las chicas padecen particularmente y en las que se muestran más vulnerables, al punto de que en los grupos de estudiantes deprimidos ellas conforman una mayoría contundente, son la autoestima negativa con retraimiento como la combinada con oposicionismo y la ansiedad. Los sentimientos de ineficacia e inadecuación se reparten más equilibradamente entre mujeres y varones incluso en los distintos grados de severidad de la depresión, apareciendo como una característica particular del período adolescente.

El fenómeno de la depresión adolescente aparece en este estudio de considerable importancia con una prevalencia del 15% en la población estudiada. El desarrollo de herramientas que permita conocer los aspectos asociados a los trastornos de depresión resulta de gran interés, ya sea como medidas de detección precoz o como posible predictores de estos procesos. En este sentido se señala la importancia que debe darse a la identificación y concomitancia de problemas académicos, familiares y sociales en los jóvenes, para poder detectar y prevenir situaciones de riesgo a tiempo.

El centro educativo es el lugar ideal y apropiado para sensibilizar sobre los efectos de la depresión adolescente a todos aquellos adultos en contacto con los jóvenes. El rol de las dificultades académicas en la depresión adolescente aparece jerarquizado en esta investigación, que exhibe a los sentimientos de ineeficacia e inadecuación como particulares de este período etario. Brindar tutorías que asistan a los alumnos con escaso respaldo familiar en sus tareas y dificultades escolares, construyendo sobre la base de las destrezas personales de los jóvenes, es una estrategia que aparece provechosa. Las habilidades de los estudiantes deben ser descubiertas y respaldadas para que todos los chicos puedan tener experiencias gratificantes y un desempeño correcto durante su vida académica, con crecimiento de la auto-estima y respeto de los pares. El sentirse respaldados por la institución y valorados por sus propias habilidades en crecimiento, es una de las estrategias más efectivas de reducir la depresión adolescente.

## REFERENCIAS

- American Psychological Association (APA) (2008). *Academic problems in first grade linked to depression in middle school, according to the new study*. Washington DC. Disponible en [www.apa.org/journal/releases/courr3400.pdf](http://www.apa.org/journal/releases/courr3400.pdf).
- Bailador, P., Viscardi, N., Dajas, F. (1997). Desesperanza, conducta suicida y consumo de alcohol y drogas en adolescentes de Montevideo. *Rev. Med. Uruguay*, 13, 213-223.
- Burt, M. R. (1998). *Por qué debemos invertir en el adolescente?* PHO, OPS ; Urban Institute Washington DC.
- Cajigas, N. (2007). La violencia interpersonal en la educación: ¿qué nos dice una evaluación de la Ira y Agresión de adolescentes uruguayos? En S. Pugliese; Simposio *Evaluando Conductas Violentas y sus efectos*,en el VI Congreso Iberoamericano de Evaluación Psicológica (AIDEP), Ciudad de México, 29 y 30 de junio 2007
- Cajigas, N., Kahan E., & Luzardo M. (2006). Depression and Anger: Two Sides of same Coin? A Study of Adolescents in Uruguay. Presentado en V. Del Barrio; Simposio Invitado *Ecology of children's emotions* en el 26th Congreso Internacional de Psicología Aplicada (IAAP), Atenas, julio 16 - 21, 2006.
- Cajigas, N., Kahan, E., Luzardo, M., Najson, S., Ugo, Ma. C. & Zamalvide, G. (2003). Perfil psicosocial y educativo de adolescentes de un liceo de la periferia de Montevideo. *EDUCAR*, 14, 32-39.
- Cajigas, N., Kahan E., Luzardo M., Najson S., Ugo M., Zamalvide G. (2006). Agresión entre Pares (Bullying) en un Centro Educativo de Montevideo: Estudio de las Frecuencias de los Estudiantes de Mayor Riesgo. *Revista Médica del Uruguay*, 22, 143-151.
- Cajigas, N., Kahan E., Luzardo M., Najson S., Zamalvide, G. (2004). Escala de Agresión entre pares para adolescentes y principales resultados. *Acción Psicológica*, 3-3, 173-186. Madrid: UNED.
- Cajigas, N., Kahan, E., Luzardo, M. y Ugo, Ma. C. (2008). *Study of Clusters generated from Student Anger, Depression and Bullying in a Uruguayan Middle School*. Presentado en N. Cajigas, Simposio Invitado *Emotions and Behaviors associated to Children and Adolescents' Violence at School*, XXIX Congreso Internacional de Psicología, IUPsyS, 20-25 julio, Berlín, Alemania.
- Cajigas, N., Luzardo, M., Ugo, M.C. (2009) ¿Es la Depresión contracara de la Agresión? Un Estudio en Estudiantes Uruguayos de Enseñanza Media. En C. Berger & C. Lisboa (Eds.) *Violencia Escolar. Estudios y posibilidades de intervención en Latinoamérica* (pp.183-209). Santiago, Chile: Editorial Universitaria.
- Comisión Económica para América Latina, CEPAL (2009). *Panorama Social de América Latina 2009*. Santiago, Chile.
- CLAEH (2008). Emigración, capital social y acceso al bienestar en entornos vulnerables. Disponible en [www.claeh.edu.uy](http://www.claeh.edu.uy).
- Dajas, F. (2001). Alta tasa de suicidio en Uruguay, IV: La situación epidemiológica actual. *Revista Médica del Uruguay*, 17, 24-42.
- Del Barrio, V. (1997a). *Depresión Infantil. Causas, evaluación y tratamiento*. Barcelona: Ariel Practicum.
- Del Barrio, V., Moreno, C., López, R. (1997b). Ecology of Depression in Spanish Children. *European Psychologist*, 2, 18-27.
- Del Barrio, V. (1998). Educación y nuevos tipos de familia. *Psicología educativa*, 4(1), 23-47.
- Del Barrio, V. (2007). *El Niño Deprimido. Causas Evaluación y Tratamiento*. Barcelona: Editorial Ariel.
- Del Barrio, V., Moreno, C., López, R., (1999) Children's Depression Inventory. Su aplicación en población española. *Clinica y Salud*, 10, 393-416.
- Lima, María Eugenia, *Diario El País*, p. B5, 4 Julio 2010.
- Espíndola, E. y León. A. (2002). La deserción escolar en América Latina: un tema prioritario para la agenda regional en Educación y conocimiento: una nueva mirada. *Revista Iberoamericana de Educación*, 30.
- Friás, D., Del Barrio, V. & Mestre, V. (1991). Children's Depression Inventory (CDI): Sus características psicométricas en población extranjera y española. *Evaluación Psicológica/ Psychological Assessment*, 7(3), 377-391.
- Herman, K. C., Reinke, W. M., Lambert, S. F. & Lalongo, N. S. (2008) Low Academic Competence in First Grade as a Risk Factor for Depressive Cognitions and Symptoms in Middle School. *Journal of Counseling Psychology*, 55(3), 400-410.
- Huurre, T., Eerola, M., Rahkonen, O., Aro, H. (2007). Does social support affect the relationship between socio-economic status and depression? A longitudinal study from adolescence to adulthood. *Journal of Affective Disorders*, 100(1), 55-64.
- Horowitz, J. L., & Garber J. (2006). The Prevention of Depressive Symptoms in Children and Adolescents: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(3), 401-415.
- Organización Mundial de la salud, OMS (2000). *Qué ocurre con los muchachos? Una revisión bibliográfica sobre la salud y el desarrollo de los muchachos adolescentes*.
- Organización Mundial de la salud, OMS (2002). Salud mental: respuesta al llamamiento a favor de la acción. 55<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud, Punto 13.13 del orden del día provisional, A55/18.

- Organización Mundial de la salud, OMS (2007). Comunicado de prensa, disponible en [www.phao.org/spanish/DD/PIN/ps070906.htm](http://www.phao.org/spanish/DD/PIN/ps070906.htm). Avanza el replanteamiento y reforma del sector de la salud mental en las Américas. Foro en Buenos Aires afianza el impulso de la OPS y de sus países miembros hacia la modernización integral del sector de la Salud Mental; Noticias e información pública.
- Organización Panamericana de la Salud, OPS (2002). *La salud en las Américas*. Publicación Científica y Técnica No. 587.
- Organización Panamericana de la Salud, OPS (2005). Comunicado de prensa, Incrementarán notablemente los trastornos mentales en América Latina y el Caribe; Noticias de información pública. Dic. 2005.
- Pellegrino, A. (2003). La propensión migratoria de los jóvenes uruguayos; Estudio en base a datos de la Encuesta Nacional de la Juventud 1989/1990 del Instituto Nacional de Estadística; INJU, CEPAL, OIM, Montevideo 1994. En *Caracterización demográfica del Uruguay*; Fac. Ciencias Sociales.
- Twenge, J. & Nolen-Hoeksema, S. (2002). Age, Gender, Race, Socio-economic status, and birth cohort differences on the Children's Depression Inventory. A Meta-Analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(4), 578-588.
- UNICEF (2007). *La pobreza infantil en perspectiva. Un panorama del bienestar infantil en países ricos. Un amplio análisis de la vida y el bienestar de niños, niñas y adolescentes en las naciones económicamente avanzadas*. Centro de Investigaciones Innocenti. Report Card no. 7.