



UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
ESCUELA DE POSTGRADO  
PROGRAMA DE MAGISTER EN PSICOLOGÍA  
MENCIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA INFANTO - JUVENIL

**DIFERENCIAS EN SÍNTOMAS, FACTORES DE RIESGO Y PROTECTORES  
DE DEPRESIÓN SEGÚN GÉNERO EN ADOLESCENTES CHILENOS**

Tesis para optar al título de Magister en Psicología Clínica Mención Infanto-Juvenil

Alumna: EVE - MARIE APFELBECK STEGMANN

Profesor director de tesis: Dr. CARLOS VALENZUELA Y.

Santiago, Diciembre de 2009

## Muchos somos<sup>1</sup>

“De tantos hombres que soy, que somos,  
no puedo encontrar a ninguno:  
se me pierden bajo la ropa,  
se fueron a otra ciudad.

.....

Cuando arde una casa estimada  
en vez del bombero que llamo  
se precipita el incendiario  
y ese soy yo. No tengo arreglo.  
¿Qué debo hacer para escogerme?  
¿Cómo puedo rehabilitarme?

Todos los libros que leo  
celebran héroes refulgentes  
siempre seguros de si mismos  
me muero de envidia por ellos,  
y en los films de vientos y balas  
me quedo envidiando al jinete,  
me quedo admirando al caballo.

.....

Mientras escribo estoy ausente  
y cuando vuelvo ya he partido:  
voy a ver si a las otras gentes  
les pasa lo que a mi me pasa,  
si son tantos como soy yo,  
si se parecen a si mismos

.....

## AGRADECIMIENTOS

- Al Dr. Carlos Valenzuela Y., por su guía rigurosa y sus valiosos aportes a la realización de este trabajo, especialmente por su capacidad de estimular la reflexión crítica, siempre dentro de un marco científico. Gracias por hacerme pensar.
- A los docentes del programa de Magíster en Psicología Infanto - Juvenil que, a través de la generosa entrega de sus conocimientos me permitieron actualizar y profundizar en temáticas de suma relevancia e interés y ampliaron mi mirada respecto a la clínica, en tanto es mucho más que la atención al paciente individual.
- A mis colegas que me acompañaron en este largo y difícil proceso, brindándome su apoyo incondicional: Loreto, Carola, Ximena y Patricio.
- A mis hijos: por su paciencia y fe en que este proyecto llegaría a buen término.

## INDICE

	PÁGINA
1.- Introducción .....	1
2.- Marco Teórico .....	4
3.- Formulación del problema .....	15
4.- Objetivos .....	18
5.- Hipótesis .....	19
6.- Método .....	20
6.1.- Diseño .....	20
6.2.- Muestra y participantes .....	21
6.3.- Procedimiento .....	22
6.4.- Instrumentos .....	23
Dimensiones evaluadas:	
a) Sintomatología depresiva .....	23
b) Sentimientos de Autoeficacia .....	25
c) Apoyo materno .....	25
d) Apoyo social ... ..	26
e) Eventos estresantes .....	26
6.5.- Análisis de los datos .....	28
7.- Resultados, Discusión y Comparaciones con otros Estudios.....	30
7.1.- Confiabilidad y validez de las Escalas.....	31
a) Confiabilidad y validez de la variable dependiente:	
Sintomatología depresiva .....	31
b) Confiabilidad de las Escalas de las variables predictoras .....	34
7.2.- Análisis descriptivo de los datos .....	34
7.3.- Análisis de las variables predictoras según género y edad .....	37
7.4.- Desarrollo de objetivos y contrastación de hipótesis .....	45
8.- Síntesis, conclusiones y proyecciones .....	65
Notas.....	76
Bibliografía.....	77

<b>11.- Anexos .....</b>	<b>84</b>
<b>1.- Consentimiento Informado Adolescentes .....</b>	<b>84</b>
<b>2.- Consentimiento Informado Padres/Apoderados.....</b>	<b>85</b>
<b>3.- Cuestionario de Sintomatología Depresiva.....</b>	<b>86</b>
<b>4.- Cuestionario de Eventos Estresantes .....</b>	<b>87</b>
<b>5.- Cuestionario de Sentimientos de Autoeficacia .....</b>	<b>88</b>
<b>6.- Cuestionario de Apoyo Materno .....</b>	<b>89</b>
<b>7.- Cuestionario de Apoyo Social .....</b>	<b>90</b>
<b>8.- Cuestionario de Sintomatología Ansioso-Depresiva (M 1).....</b>	<b>91</b>
<b>9.- Tablas:</b>	
<b>1.- Procedimiento Step-down en el modelo predictivo interaccional de Síntomas Depresivos. Predictores: Género, Autoeficacia, Apoyo Social, Apoyo Madre, Eventos Estresantes .....</b>	<b>92</b>
<b>2.- Procedimiento Step-down en el modelo predictivo interaccional de Síntomas Depresivos. Predictores: Edad, autoeficacia, apoyo social, apoyo madre, eventos estresantes .....</b>	<b>95</b>
<b>3.-Procedimiento Step-down en el modelo predictivo interaccional de Síntomas Depresivos. Predictores: Género, apoyo social, apoyo madre, eventos estresantes .....</b>	<b>98</b>
<b>4.- Procedimiento Step-down en el modelo predictivo interaccional de Síntomas Depresivos. Predictores: autoeficacia, género, eventos estresantes .....</b>	<b>100</b>

## RESUMEN

La depresión constituye el principal problema de salud mental a nivel mundial y en Chile, y muchos de los trastornos depresivos que se encuentran en pacientes adultos tienen sus antecedentes en episodios depresivos durante la adolescencia. Es en esta etapa en que se instalan las diferencias de género en sintomatología depresiva: ser mujer es reportado como uno de los principales factores de riesgo. El objetivo de la presente investigación es estudiar las interacciones entre Eventos Estresantes, Sentimientos de Autoeficacia, Apoyo Materno y Apoyo Social, y su poder explicativo de las diferencias de género en la Sintomatología Depresiva en una población no clínica de adolescentes chilenos (N=596) . Se optó por un diseño transversal, correlacional, basado en el autoreporte de los jóvenes. En el análisis de datos se utilizó regresión múltiple. Los resultados indican una alta prevalencia de sintomatología depresiva (72,7%) evaluada mediante una versión adaptada del cuestionario CES-D (Center for Epidemiological Studies – Depression scale, Radloff, 1977). Concordante con hallazgos previos, el mayor factor de riesgo para sintomatología depresiva es ser mujer. Los resultados obtenidos al poner a prueba la eficacia predictiva del modelo explicativo señalan que el principal predictor de la sintomatología depresiva son los Sentimientos de Autoeficacia (a mayor Sentimientos de Autoeficacia, menor Sintomatología Depresiva) y los Eventos Estresantes (a mayor cantidad de Eventos Estresantes, mayor Sintomatología Depresiva), una vez controlada la sintomatología ansiosa-depresiva previa (evaluada 6 meses antes). El Apoyo Materno y el Apoyo Social actúan directamente sobre los Sentimientos de Autoeficacia (a mayor apoyo, mayores Sentimientos de Autoeficacia). Estas relaciones son válidas para hombres y mujeres, en todos los rangos de edad considerados, por lo tanto, el modelo no explica las diferencias de género en sintomatología depresiva. Sin embargo, aporta a la comprensión del fenómeno, entregando información relevante para el diseño de intervenciones preventivas y políticas de salud mental.

## **ABSTRACT**

Depression is considered the main problem in adult mental health. The presence of depressive symptoms in adolescence frequently precedes the onset of depression in adulthood. Gender differences become clear at this age: being female constitutes a risk factor for depression. In this study, the aim is to test interactions between Stressful life events, Self-efficacy Beliefs, Mother's and Social Support and their power at explaining gender differences in depressive symptoms in a population of non-consultant Chilean adolescents (N=596). The youngest completed self-report measures of depressive symptoms, stressful life events, self-efficacy feelings, mother's and social support. Results indicate a high prevalence of depressive symptoms (72,7%) and confirm the major risk factor for being depressed in adolescence is gender: girls always report significantly higher depressive symptoms than males, as proven by other studies. Multiple regression analysis was applied. After controlling previous anxious and depressive symptoms, stressful life events and feelings about the own efficacy predict the presence of depressive symptoms. Mother's and Social Support increase Self-efficacy beliefs. No gender nor age differences were found when testing interactions. Results contribute towards an understanding of the phenomenon and provides useful information for the design of preventive interventions and programs of mental health, in regard to adolescents.

## **1. INTRODUCCION**

La depresión constituye el principal problema de salud mental a nivel mundial y en Chile (Ardiles e Inostroza, 2005, Farvolden y otros, 2003; Santander, 1998; Murray y López, 1997), lo cual implica un enorme costo social y personal, dadas sus repercusiones en cuanto a mortalidad (suicidio, accidentes fatales por desconcentración, muerte por enfermedades asociadas como alcoholismo) y a morbilidad (intentos suicidas, accidentes, enfermedades médicas, pérdida de trabajo, deterioro de estudios o capacidad laboral, automedicación con benzodiazepinas, malas decisiones económicas) (Florenzano y otros, 1999). La evidencia clínica indica que muchos de los trastornos depresivos que se encuentran en pacientes adultos, tienen sus antecedentes en episodios depresivos durante la adolescencia (Fombonne y otros, 2001).

En los últimos ochenta años, progresivamente se ha reconocido que la depresión existe en la infancia, y que su prevalencia aumenta vertiginosamente durante la adolescencia, llegando al final de este periodo a tasas muy similares a las de la adultez. Por otra parte, estudios de seguimiento de adolescentes con depresión mayor durante la adolescencia, muestran que estos jóvenes continúan presentando importantes problemas de adaptación y un nivel menor de funcionamiento global en la adultez temprana (Giaconia y otros, 2001), que se expresa en problemas de conducta internalizadora, un riesgo aumentado para intentos e ideas suicidas (Saad y Saad, 2003), dificultades en las relaciones interpersonales y una significativa necesidad de apoyo social. Aalto-Setälä y otros (2003) afirman que los síntomas depresivos auto reportados durante la adolescencia (a los 17 años) predicen depresión, impedimentos psicosociales y problemas con la ingesta de alcohol a los 22 años. Estos datos son corroborados por otros estudios (Oksoo Kim, 2003).

Existen escasos estudios acerca de la epidemiología y las características de los síntomas y trastornos depresivos en adolescentes chilenos.

En términos cronológicos, el primer estudio que reporta prevalencia de sintomatología depresiva en adolescentes chilenos, fue realizado por Sepúlveda y otros (1991). A partir de la aplicación de un instrumento diseñado por ellos mismos a adolescentes entre 16 y 19 años, concluyeron que un 14,7% de los adolescentes del grupo presentaron síntomas o signos frecuentes de depresión, y un 59% de ellos, ocasionales, con incidencia mayor entre las niñas (20% vs 9,7%). En 1995 se realizó un primer estudio en la región del Bío Bío, evaluando la presencia de sintomatología

depresiva a partir del BDI (Inventario para Depresión de Beck), obteniendo un porcentaje de prevalencia de 32,9 (Cova y otros, 2007). Cumsille y Martínez (1997) realizaron un estudio de sintomatología depresiva (N: 376 adolescentes, entre 14 y 19 años, Región Metropolitana), utilizando una versión modificada del Inventario de Depresión de Beck. Reportaron que un 44% de la muestra presentaba síntomas depresivos reconocibles, así como diferencias estadísticamente significativas a partir de la variable género, en la dirección conocida: las adolescentes presentaban mayores índices de sintomatología depresiva.

Almonte y García (en Almonte y otros, 2003), estudiando la estructura de morbilidad en la población de 12 a 16 años, consultante al Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Roberto del Río (durante el año 1998), señalan que un 4,8 % de este grupo padece de trastornos depresivos (Depresión mayor, Distimia y depresiones reactivas mantenidas en el tiempo), no observándose diferencias de género significativas. Estos mismos autores reportan un estudio realizado por Recart y otros, también durante el año 1998, acerca de la prevalencia psiquiátrica de los trastornos depresivos en una institución del sistema de salud privado, donde constituyó la tercera frecuencia de consulta (12,2%), a diferencia de lo encontrado por ellos (salud pública), en tanto alcanzó sólo un 2,2%. Estas evidencias contribuyen a considerar la incidencia medioambiental como factor involucrado en esta patología.

En la región del Bío-Bío, estudios realizados en los años 2002, 2006 y 2007, arrojan cifras de prevalencia de síndrome depresivo de 36,2%, 37%, y 32%, respectivamente. En la última de estas investigaciones se incluyó un análisis de los ítems que obtuvieron mayores puntuaciones: aquellos que aludían a “Cambios en el patrón de sueño”, “Dificultad de Concentración”, “Autocríticas” y “Cambios en el apetito”. Las puntuaciones menores estaban en los ítems “Pérdida de deseo sexual”, “Pensamientos o deseos de suicidio” y “Sentimientos de fracaso” (Cova y otros, 2007).

Entonces, en términos de *sintomatología depresiva* en adolescentes, la prevalencia encontrada en los estudios llevados a cabo en Chile, oscila entre un 14% y un 44%. En cambio, la prevalencia de los *trastornos depresivos* estaría entre un 2,2% y un 12,2%, lo que conlleva a estimar que alrededor de un tercio de la población adolescente chilena experimenta sintomatología depresiva que podría requerir de atención clínica.

En cuanto a las diferencias de género, investigaciones extranjeras señalan que entre los preadolescentes no se reportan diferencias de género. En cambio entre los adolescentes, las tasas

de trastornos depresivos son dos o tres veces mayores en mujeres que en hombres (Ahmoi-Essau y Petermann, 1997). Petersen y otros (1991) demostraron que en 8°. Grado emergen las diferencias por género, que se incrementan con el correr de los años. McGee y otros (1992, en Ahmoi-Essau y Petermann, 1997) reportaron tasas diferenciales por género hombres – mujeres de 4.3 : 1 a los 11 años, y de 0.4 : 1 a los 15 años. La mayoría de los autores considera que esta diferencia es real, más allá de las diferentes modalidades de contestar un cuestionario o de la apertura frente a estos temas que pueden plantearse entre un género y otro. Estas cifras concuerdan con los hallazgos de los estudios realizados en Chile (Cova y otros 2007; Cumsille y Martínez, 1997; Sepúlveda y otros, 1991).

Al revisar las publicaciones a nivel mundial acerca de la depresión adolescente, se puede constatar que después de 3 décadas de prolífica investigación, que ha aportado al diagnóstico y al tratamiento de esta patología, aún quedan muchas interrogantes cruciales por resolver:

- ¿Por qué la prevalencia de este trastorno aumenta hasta alcanzar niveles propios de la adultez, durante el período de la adolescencia?
- ¿Cómo se explica la inversión en las tasas de prevalencia que se producen entre hombres y mujeres a partir de los 13 a 15 años?
- ¿Cuáles son las vías más comunes del desarrollo a partir de las cuales se estructura la organización depresotípica?

Rutter y otros (2003) son enfáticos al señalar que, si bien existen múltiples hipótesis para explicar las diferencias de género en depresión, ninguna de ellas ha logrado evidencias concluyentes.

El estudio de los factores de riesgo incluye disfunción familiar, pobreza, familia numerosa, problemas psicológicos de la madre, abandono afectivo, eventos de vida estresantes, etc., que pueden ser considerados como factores de riesgo general para toda psicopatología. Entre los factores de riesgo específicos, están el género (las mujeres tienen mayor riesgo de deprimirse que los hombres), la presencia de un trastorno afectivo en uno de los padres, y la depresión materna durante la temprana infancia. Al llegar a la adolescencia, en el momento vital en que se aumenta notablemente la sintomatología depresiva, estos factores de riesgo constituyen datos dados, inmodificables. De allí surge la preocupación en cuanto a cómo se configura esta sintomatología desde una perspectiva psicosocial, a fin de intervenir para aminorar la sintomatología depresiva durante este periodo del ciclo vital, así como para romper el círculo vicioso familiar: padres con depresión – hijos con depresión.

## **2. MARCO TEORICO**

La presente investigación se basa en los aportes de la Psicología Evolutiva acerca de la adolescencia, la Psicopatología de la adolescencia y el cuerpo de conocimientos generado en torno al tema por parte de las investigaciones de la Psicología desde un Enfoque Psicosocial, que considera principalmente factores de riesgo y factores protectores y la Teoría Social Cognitiva (TSC), que enriquece las formulaciones anteriores con su modelo estructural, conceptualizando la adaptación humana como resultante de la interacción entre persona, conducta y ambiente externo. La persona, definida desde sus componentes cognitivos, afectivos y biológicos, es considerada un agente activo en este proceso. Otro aporte de la TSC estaría en que enriquece la aproximación de factores de riesgo y factores protectores mediante la incorporación del concepto de factores capacitadores (“que permiten hacer algo”), planteando así la resiliencia como una experiencia activa del ser humano, más allá de una disposición determinada (Bandura 1997). Desde la Psicología Evolutiva (Cicchetti y otros; 1995) proponen aproximarse a la psicopatología evolutiva mediante un modelo organizacional. Estos autores conceptualizan el desarrollo como una serie de reorganizaciones estructurales que ocurren dentro y entre los sistemas biológicos y psicológicos del individuo, que se logra a partir de los procesos de diferenciación e integración jerárquica cada vez más complejos. La emergencia de la psicopatología, incluyendo la depresión, se examina en términos de la organización cualitativa, más que cuantitativa. A la base de una organización depresotípica habría una integración e influencia recíproca de factores biológicos (genética, procesos fisiológicos, desregulación neuroendocrina, anormalidades en los neurotransmisores) y psicológicos. Desagregan el factor psicológico en aspectos cognitivos (cognición social, procesamiento de la información, estilo atribucional), socioemocionales (regulación de los afectos, organización del apego, autoestima, relaciones con pares, culpa) y representacionales (modelos de representación interna, esquema de si mismo, cogniciones de si mismo).

Entre los distintos investigadores existe acuerdo en cuanto a que en el desarrollo de los síntomas depresivos confluyen múltiples variables (Repetto y otros, 2004), lo cual implica la necesidad de recurrir a modelos de factores de riesgo múltiples (Hammen y otros, 2004), a fin de avanzar en la comprensión de la génesis de esta patología.

Los esfuerzos por estudiar la depresión han generado un enorme cuerpo de investigaciones a través de varias décadas, existiendo bastante acuerdo en cuanto a que a la base de los cuadros depresivos habría una interacción entre factores genéticos- hereditarios, experiencias tempranas de privación, separación prolongada o abandono materno (ausencia concreta o ausencia emocional, esta última posiblemente por depresión de la madre), así como experiencias de pérdidas o duelos no elaborados, ya sea por su alto impacto, su sumatoria, o la falta de recursos para procesarlos. A cualquiera de estas experiencias de vida subyacen los correspondientes correlatos biológicos y neurofisiológicos de la depresión, planteándose que “el sistema límbico está relacionado con el control del ánimo, integrando y modulando respuestas motoras y endocrinológicas a las emociones mediante sistemas de neurotransmisores, especialmente el serotoninérgico y noradrenérgico” (García en Almonte y otros; 2003; p. 371).

Las diferencias de género en la sintomatología depresiva que se manifiestan claramente durante la adolescencia, han sido intentadas de explicar partir de diversas hipótesis, entre las que destacan por su recurrencia y peso de investigación científica: a) los cambios maduracionales tempranos en las niñas, b) la cantidad de eventos estresores que enfrentan, c) la vulnerabilidad y d) el apoyo social percibido.

**a) Cambios maduracionales tempranos:**

Petersen y otros (1991) postulan que los cambios maduracionales tempranos en las niñas las confrontan con desafíos más penetrantes y más tempranos a su desarrollo, promoviendo la emergencia de sentimientos depresivos.

**b) Eventos estresantes:**

Muchos estudios se dirigen a las implicaciones del estrés y la aparición de sintomatología depresiva. Los eventos vitales estresantes recientes se asocian a un aumento en la sintomatología depresiva (Ge y otros, 2001; Fombonne y otros, 2001). Los estresores (eventos vitales negativos) constituirían factores precipitantes, necesarios, pero no suficientes para determinar las tendencias depresivas. Generalmente se definen como eventos de vida importantes, que incluyen pérdidas significativas, desilusiones y cambios vitales (Block y Gjerde, en Cicchetti y otros, 1990). Algunos autores diferencian entre eventos estresantes controlables (que dependen del individuo, que podría haber hecho algo para evitarlo, ej. “me echaron del colegio”) y no controlables (ej.

muerte de un miembro de la familia). Otros diferencian entre eventos positivos y negativos; sin embargo, se ha visto que por más que algunos eventos sean positivos y deseados por el individuo, pueden generar un impacto profundo y desequilibrante en su vida. Los eventos de vida estresantes se asocian significativamente con depresión (Fleming y Offord 1990). La relación entre sucesos de vida no deseados, incontrolables y ánimo depresivo es más fuerte para las mujeres que para los hombres, y la trayectoria del ánimo depresivo en las mujeres se relaciona significativamente con los cambios en el número de estresores vitales que experimentan (Broderick y Korteland, 2002; Ge y otros, 1994). Estos investigadores elaboran las siguientes relaciones entre eventos de vida incontrolables, sintomatología depresiva, edad y sexo: Los hombres reportaron más eventos estresantes que las mujeres hasta los 12 años. Este patrón se revirtió a los 13 años, con un aumento mayor en las mujeres, de modo particularmente dramático, entre los 13 y los 15 años, declinando levemente después de los 15, para aumentar nuevamente a los 17 – 18 años. Los hombres mayores presentaron niveles más altos de eventos negativos que los jóvenes, un patrón no presente en el análisis de las diferencias de edad para los síntomas depresivos en los hombres. Los patrones de eventos vitales son similares a los patrones de diferencia de edad en síntomas depresivos para hombres y mujeres. Cuando declinan los síntomas depresivos, en hombres y en mujeres, también declina el número de estresores reportados. Los hombres experimentan un mayor número de eventos estresantes con la edad, pero los niveles altos de cambio en este factor predisponente no aparecen asociados con niveles más altos en sintomatología depresiva en ellos.

Las dificultades en las relaciones interpersonales, en tanto implican conflicto, constituirían estresores crónicos, que se reflejarían en la falta de apoyo social, ya sea familiar o del grupo de pares. El conflicto sería el principal precipitante de la depresión.

Sin embargo, no todas las personas confrontadas con un estrés severo desarrollan psicopatología. Para entender este fenómeno, diversos autores proponen conceptos similares (Masten y Coatsworth en Cicchetti y Cohen, 1995), con énfasis diferentes: resiliencia, competencia y vulnerabilidad.

- Resiliencia: permite describir una adaptación exitosa que sigue a perturbaciones en el funcionamiento interno y/o a la recuperación o mantención y el logro de una buena adaptación a pesar de la adversidad y el riesgo. A partir de la revisión de la literatura acerca de la resiliencia (Altimir C., y otros 2001) aparecen dos enfoques principales: por

una parte, el que describe la resiliencia como el resultado de la interacción entre el individuo y su ambiente, en un proceso que involucra nivel de riesgo, sensibilidad ante el riesgo, reducción del impacto del estrés o de la adversidad, reducción de las reacciones en cadena negativas, incremento de las reacciones en cadena positivas, experiencias de apertura a nuevas oportunidades, neutralización o compensación de nuevas experiencias y procesamiento cognitivo de las experiencias. Por otra, la que concibe la resiliencia como un recurso personal de naturaleza psíquica, que condiciona el modo cómo el individuo enfrenta el ambiente, y que tiene como sostén ciertos rasgos de la personalidad, entre los que cabe mencionar la autoconfianza, la autonomía, la reflexividad, las habilidades cognitivas, el estilo de apego, la consistencia, así como las capacidades de adaptación, concentración y contención de impulsos emocionales. Kotliarenco y Pardo (2003) abordan la resiliencia desde la perspectiva biológica, dando cuenta de hallazgos de la neurología que establecen la relación entre el comportamiento y la actividad adrenocortical en etapas tempranas del desarrollo: la separación materna y la presencia de estímulos aversivos provocan una elevación en los niveles de cortisol<sup>2</sup>. El estudio de la resiliencia se centra, al menos en sus orígenes, en aquellos individuos que, habiendo estado expuestos a una serie de experiencias de vida extremadamente difíciles y adversas lograron una buena adaptación y no presentaron psicopatología, a diferencia de otras personas expuestas a las mismas condiciones.

- Competencia: es conceptualizada de diferentes maneras, en tanto fenómeno motivacional, creencias acerca de la propia efectividad, habilidades o destrezas específicas, rasgos de personalidad y/o realizaciones manifiestas. Las competencias están determinadas por la etapa del desarrollo y por el contexto: cada momento del ciclo vital exige competencias específicas, las competencias en el ámbito académico difieren de aquellas necesarias para un buen desempeño entre pares y las requeridas en el contexto familiar (Rolf, J., y otros, 1990). Su acepción más general es de una habilidad para utilizar recursos internos y externos para lograr una adaptación evolutiva satisfactoria (Waters E., y Sroufe L., A., 1983 en Block J. y Gjerde P., 1990). El estudio de la competencia se basa en investigaciones longitudinales de niños y jóvenes de la población general que logran superar exitosamente los diferentes desafíos, tareas y/o obstáculos que les va presentando su ciclo vital.

- **Vulnerabilidad:** es definida como una disposición preexistente, una susceptibilidad que se basa en características biológicas y/o psicológicas que permanecen en el tiempo, factores que se establecen relativamente temprano en la vida (consecuencias de experiencias tempranas en el contexto familiar, tales como la inhabilidad auto-atribuida para crear y mantener relaciones afectivas, falta de confianza en las propias habilidades y autonomía, excesiva dependencia de otros individuos, excesiva preocupación frente a las metas en la vida, tendencia fuerte a la crítica negativa ante sí mismo, estilos atribucionales desadaptativos caracterizados por indefensión y auto – devaluación, baja autoestima y sentimientos tempranos de falta de competencia) (Block y Gjerde en Rolf y otros, 1990). Se plantea que el estresor actúa sobre una vulnerabilidad previa, generándose entonces la depresión (Broderick y Korteland, 2002). Se ha descrito una asociación causal entre genes relacionados con el metabolismo de la serotonina y predisposición a la depresión por estrés, entre los cuales está el polimorfismo del promotor del gen para el transportador de la serotonina (Caspi y otros, 2003).

Tanto la resiliencia como la competencia aluden a características de las personas que les facilitan un funcionamiento efectivo, una buena adaptación, teniendo en ese sentido, una connotación positiva, en términos de capacidad para contrarrestar la adversidad. Se podrían establecer diferencias en cuanto al énfasis que ponen en procesos internos, estructuras mentales, habilidades o resultados conductuales. En cambio, el concepto de vulnerabilidad, por el cual se ha optado en la presente investigación, dado su asociación más frecuente con el estudio de las diferencias de género en sintomatología depresiva en adolescentes, alude claramente a una predisposición hacia la psicopatología.

#### **c) Vulnerabilidad:**

Respecto a la vulnerabilidad o factor de riesgo interno (Bussey y Bandura, 1999; Allgood y Merten, 1990 en Cumsille y Epstein, 1994), puede estar dado por una desregulación biológica, un autoconcepto negativo, estrategias de afrontamiento (rumiación en las mujeres) (Nolen Hoeksema, 2000), estilo atribucional (desamparo, autodevaluación o autocrítica negativa), baja autoestima, introversión, temprana incompetencia, autopercepción negativa, imagen corporal, percepción de la autoeficacia ) (Jenkins y otros, 2002).

En cuanto a la autoestima, la literatura predecía una asociación concurrente con depresión, pero Robertson y Simonn (1989 en Del Barrio y otros, 2004) a partir de hallazgos empíricos concluyen que, contrariamente a lo esperado, la autoestima no predice niveles subsecuentes de depresión una vez controlados los niveles iniciales. A partir de esto sugieren que la vulnerabilidad de la autoestima sería causada por una propensión a la autocrítica negativa, un estilo atribucional que se desarrolla en respuesta a un ambiente familiar percibido con una excesiva crítica parental, donde los jóvenes son puestos en vergüenza y disminuidos.

Nolen Hoeksema y otros (1992) señalan que las conductas de afrontamiento de las mujeres, específicamente la rumiación, contribuyen a la vulnerabilidad femenina frente a los agentes estresores e interactúan generando la sintomatología depresiva. Los hombres utilizarían la distracción como conducta de afrontamiento frente a los cambios negativos. Broderick y Korteland (2002) también enfatizan la importancia de los patrones de afrontamiento diferenciales según el sexo: las mujeres presentarían pasividad y alta expresión emocional, en cambio los hombres se caracterizan por su asertividad y su independencia.

Jenkins y otros (2002) señalan que la sintomatología depresiva temprana y las posteriores diferencias de género en la prevalencia de la depresión están asociadas a una baja percepción de la autoeficacia, ligada a la calidad de las relaciones interpersonales. La percepción de la autoeficacia puede ser entendida como el sentido de competencia general (Masten y Coatsworth, 1995), es decir, la percepción de la propia habilidad para utilizar recursos internos y externos para lograr una adaptación del desarrollo satisfactorio (Waters y Sroufe, 1983 en Block y Gjerde, 1990). La percepción de falta de eficacia en los adolescentes, ya sea en el ámbito académico y/o social, disminuye la actitud pro-social, lo cual aumenta la disposición hacia la depresión (Bandura A., 1997).

Sin embargo, la baja percepción de autoeficacia, no solo conlleva al aislamiento frente a la familia, a los pares y al grupo social. El desarrollo de Sentimientos de Autoeficacia implica la experiencia de dominio y competencia, que se asocian al éxito en el manejo de una tarea o situación. A la inversa, escasos sentimientos de autoeficacia se relacionan con experiencias y sentimientos de fracaso, con sentimientos de inseguridad personal, incapacidad e impotencia (desamparo para algunos autores), lo cual conllevaría a una imagen de sí mismo desvalorizada, a una baja autoestima y, posiblemente, a una actitud pasiva frente a los desafíos y obstáculos que

presenta la vida. Todos estos factores (vivencias de fracaso, inseguridad personal, incapacidad, impotencia, autoconcepto negativo, baja autoestima y pasividad), constituyen elementos de vulnerabilidad para la emergencia de sintomatología depresiva, además del aislamiento social.

Respecto al estudio de la vulnerabilidad, cabe preguntarse si estas teorías implícitas acerca del sí mismo y del mundo constituyen características fijas (ej. patrón de desamparo) o cambian según las áreas de dominio y los diversos momentos del desarrollo individual (por ejemplo: patrones atribucionales de dominio/competencia). ¿La vulnerabilidad es estática y estable, o movable y cambiante? Por otra parte, algunos autores cuestionan el momento a partir del cual se puede establecer una vulnerabilidad como condición previa.

#### **d) Apoyo familiar y social:**

El apoyo social familiar y del grupo de pares fue considerado inicialmente como un factor protector: los adolescentes que están involucrados activamente con sus padres y sus pares estarían en menor riesgo frente a los eventos estresantes (Kandel y Davies, 1982).

La cercanía de los padres modera el efecto negativo de los cambios de la adolescencia temprana en la adolescencia media, en tanto provee una esfera importante de seguridad y confort en el mundo rápidamente cambiante del adolescente (Petersen y otros, 1991). El efecto protector de las relaciones íntimas es más específico a la relación padres – hijos adolescentes. La cercanía de los padres, más allá de los cambios en la relación, atenúa los efectos negativos a largo plazo de los tempranos cambios puberales. A menores niveles de apoyo familiar percibido se asocian niveles más altos de depresión (Cumsille y Epstein, 1994). Por apoyo familiar se entiende el hablar con los padres (o padrastros) acerca de sus problemas (Bird y Harris, 1990). El rechazo parental percibido sería el principal factor familiar asociado a sintomatología depresiva, aumentando el riesgo de depresión en forma directa, en tanto implica que priva al adolescente de su padre como confidente (Robertson y Simonn, 1989, en Del Barrio y otros, 2004). Indirectamente contribuiría a una disminución en la autoestima.

Marmorstein y Iacono (2004) señalan que la depresión en los adolescentes se asocia a altos niveles de conflicto con ambos padres.

Otros estudios (Steinberg, 1993) encontraron que los adolescentes cuyos padres usan montos excesivos de control psicológico pueden sufrir en el desarrollo de su competencia. Benjet y

Hernández–Guzmán (2002), investigando con adolescentes mexicanos, sugieren que el control materno interviene moderando el efecto del cambio puberal.

Esto coincide con los planteamientos de Steinberg (1993), quien señala la fuerte evidencia existente en contra de que la separación de los lazos familiares es deseable durante la adolescencia. Los adolescentes que reportan sentirse relativamente cercanos a sus padres puntúan más alto que sus pares en medidas de su desarrollo psicológico, incluyendo confianza en si mismo e independencia responsable, competencia conductual, desempeño escolar, bienestar psicológico y autoestima. Existe evidencia clara en cuanto a que el desapego en la adolescencia no es normativo, ni deseable. Se sabe poco acerca de las variaciones entre grupos étnicos y la sociedad americana. Pero se sabe que las expectativas concernientes a la edad en que se debieran lograr ciertas “autonomías” varían considerablemente de un grupo étnico a otro. En un estudio acerca del desarrollo moral en adolescentes (16 a 19 años), realizado por Sepúlveda y otros (1994), se concluye que habría una tendencia de las mujeres a tener una mayor autonomía en el ámbito moral, en relación a los varones. A la vez, reportan que los y las jóvenes con un desarrollo moral autónomo y convencional tienen en mayor proporción relaciones interpersonales satisfactorias con sus padres, hermanos, compañeros de colegio, amigos y otras personas en general, en comparación con aquellos/as con un desarrollo moral preconvencional. La autonomía moral se correlaciona positivamente con un estilo parental inductivo, que lleva al joven a la reflexión en torno al problema, que refleja una actitud respetuosa y justa del adulto hacia él, que considera su punto de vista, facilitándole asumir la responsabilidad frente a sus acciones. En cambio, los adultos que utilizan castigos como medidas disciplinarias, que usan su poder y esperan sumisión, sin considerar las necesidades e intereses de los jóvenes, parecen entorpecer el logro de la integración de un buen concepto de si mismo, así como de la comprensión de la responsabilidad y la justicia.

En cuanto a la estructura familiar, se plantea que no habría relación entre separación matrimonial y sintomatología depresiva. La sintomatología depresiva estaría influida por el nivel de conflicto marital y no por el estado en si (Reinherz y otros, 1989). Sin embargo, se asocian niveles mayores de cohesión familiar con niveles menores de sintomatología depresiva. Otra variable muy significativa sería la satisfacción que reportan los adolescentes en relación al funcionamiento familiar (Cumsille y Epstein, 1994).

Una investigación realizada en España (Del Barrio y otros, 2004) sostiene que los bajos niveles de apoyo familiar percibido, las malas relaciones entre los progenitores, o entre madre e hijo/a elevan la incidencia de la depresión. Cabe considerar que los ambientes familiares rotos y las familias con padres divorciados constituyen situaciones que no favorecen o no permiten el apoyo familiar. Leone (2001) plantea que uno de los factores que evitan el desencadenamiento de un estado depresivo es el sostenimiento parental.

Si bien la depresión parental sería uno de los principales predictores de la depresión y otras psicopatologías adolescentes, dada la sobreposición entre la depresión parental y factores familiares estresantes, resulta difícil evaluar las contribuciones de los múltiples factores y aislar aquellos que corresponden exclusivamente a la depresión de alguno de los padres (Hammen y otros, 2004).

Se plantean diferencias de género en cuanto a como se expresa y se experimenta el apoyo en la familia (Cumsille y Epstein, 1994). El análisis separado por género deja de manifiesto la importancia de las dinámicas potencialmente distintas que operan en las relaciones familiares con niñas y niños.

A partir del estudio de una muestra clínica de pacientes adolescentes deprimidos, Cumsille y Epstein (1994) señalan que no habría diferencias de género en cuanto a cohesión familiar, pero al parecer los hombres serían más reactivos cuando perciben menor cohesión y apoyo. Esto es contrario al estereotipo social, según el cual los hombres son menos reactivos que las mujeres frente a los problemas relacionales.

En cuanto al apoyo social percibido del grupo de pares, inicialmente se planteó que la depresión en la adolescencia se asocia con dificultades en las relaciones con pares (Baum y Forehand, 1985, en Scholte y otros 2001). Posteriormente, se publicaron estudios con resultados sorprendentes: el apoyo social de pares no se correlaciona con depresión en los adolescentes varones. Las adolescentes reportaban menor satisfacción con el apoyo del grupo de pares, y experimentaban menor apoyo social (Friedrich y otros; 1988). Esto contradice otras evidencias empíricas que determinan que el aislamiento social objetivo es el correlato frecuente en la depresión adolescente masculina, pero no en la de mujeres adolescentes. Se plantea que los hombres deprimidos pasan poco tiempo con sus pares (Larson y otros, 1990). Petersen y otros (1991) vuelven a señalar que el apoyo social de amigos íntimos no modera el efecto de los cambios tempranos en el desarrollo puberal, que se asocian a sintomatología depresiva. Coyne y Downey (1991) sugieren que el

apoyo social percibido (entendido como ausencia de adversidad en las relaciones interpersonales), se relaciona negativamente con resultados adaptativos. Pero esto no justificaría la conclusión de que el apoyo de las relaciones protege frente a la emergencia de sintomatología depresiva. El cuánto se comunican los jóvenes aumenta la sensación de apoyo. Es posible que no sea la cantidad sino la calidad de apoyo lo que esté involucrado en la protección del joven.

Otras investigaciones más recientes (Hammen y otros, 2004; Del Barrio y otros, 2004), vuelven a señalar la importancia del apoyo social (pares, profesores, instituciones) como un factor protector frente a la emergencia de sintomatología depresiva. Los adolescentes que desarrollan una depresión presentan bajas puntuaciones en sociabilidad, tienden a evitar los contactos sociales y la comunicación con los demás. Esta situación conduce a mantener conflictos interpersonales.

El estudio clínico de Cumsille y Epstein (1994) con pacientes con trastornos depresivos examina el efecto de interacción entre el apoyo del grupo de pares y el apoyo familiar con la depresión. Concluyen que el apoyo del grupo de pares, cuando el apoyo familiar es bajo, protege, aminora o modera el desarrollo de depresión. También protege la sumatoria de ambos (apoyo familiar y social) en niveles altos, por lo que se deduce que la baja presencia de ambos induce a la depresión. El rol del apoyo social también presenta diferencias de género: los adolescentes hombres deprimidos pasaban menos tiempo con sus amigos que aquellos no deprimidos; en cambio la sintomatología depresiva en mujeres no se asocia al aislamiento social. Cabe preguntarse cuál es la dirección causal entre depresión e interacción con otros grupos de apoyo.

La combinación apoyo familiar alto y bajo apoyo grupal se asoció con niveles más altos de depresión en mujeres y con los más bajos niveles de depresión en hombres.

Liu Yih – Lan (2002), a partir de un estudio que busca predecir el rol del apoyo social percibido y de las actitudes disfuncionales en la predicción de tendencias depresivas en adolescentes taiwaneses, concluye que a pesar de que las mujeres percibían un mayor apoyo de sus pares, el apoyo familiar continúa jugando un rol en la prevención de la depresión. En cambio, para los hombres taiwaneses, el apoyo del grupo era el único recurso protector frente a la depresión. Este hallazgo es explicado a partir de las altas expectativas educacionales que tienen las familias taiwanesas para con sus hijos hombres (invierten más en educación para los hombres que para las mujeres, les ayudan más a hacer las tareas, etc.) Culturalmente, el éxito masculino es “la gloria” de la familia. Entonces los adolescentes hombres están concientes de las expectativas de los otros

y de las responsabilidades puestas en ellos. De este modo, la familia puede ser una fuente que provee amor y calidez, pero también puede ser un estresor que causa el desarrollo de actitudes disfuncionales en adolescentes, tales como la necesidad de logro perfeccionista y de constante aprobación. Estos resultados plantean la necesidad de estudiar las relaciones entre grupos de apoyo y sintomatología depresiva a partir investigaciones longitudinales.

La literatura sugiere muchas relaciones entre depresión adolescente y características del ambiente social, incluyendo la familia y el grupo de pares. Hay evidencia de que el apoyo del grupo y el de la familia tiene diferentes efectos de interacción, según el género y las expectativas familiares.

### **3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA EN ESTUDIO**

La adolescencia, en tanto etapa de cambios significativos físicos y psicológicos, conlleva a pensar que se trata de una población altamente vulnerable, especialmente a la depresión. En tanto la depresión ocurre dentro de un periodo crítico del desarrollo, tiene un impacto negativo sobre el desarrollo social y educacional (Petersen A., C., y otros, 1993; Fombonne E., y otros, 2001).

Los síntomas depresivos en los adolescentes constituyen un problema significativo de salud mental. Diferentes investigaciones estiman que entre el 20 y el 40 % de los adolescentes reportan experimentar síntomas depresivos en muestras poblacionales, llegando incluso a un 62,7 % en una investigación realizada en México (Cantoral y otros, 2003). Ello podría dar cuenta del aumento sostenido de las tasa de depresión durante las últimas décadas (Fombonne E., y otros, 2001). La presencia de síntomas depresivos predice un riesgo dos a tres veces mayor de presentar depresión en la adultez (Repetto y otros, 2004).

Seligman (1978, en Repetto et al, 2004) sugiere que estudiar síntomas depresivos subclínicos es crucial, en tanto es un problema amplio con implicaciones significativas para la salud y el bienestar de los individuos. Estudios han demostrado que tanto los síntomas depresivos subumbrales como los que configuran trastornos del ánimo propiamente tal, tienen consecuencias relevantes (Angold A., y otros 1999).

Por otra parte, establecer un diagnóstico de trastorno afectivo (Trastorno Adaptativo con sintomatología Depresiva, Distimia, Depresión Mayor, Trastorno Afectivo Bipolar en sus diferentes manifestaciones) en términos de las clasificaciones psiquiátricas habitualmente utilizadas (CIE 10, DSM IV), requiere del establecimiento de un juicio clínico, lo cual implica una interacción directa con quien manifiesta los síntomas y por razones de recursos (profesionales: psicólogos y/o psiquiatras capacitados, económicos y de tiempo) no resulta factible con una muestra de cierta envergadura, que permita un análisis cuantitativo, además de cualitativo.

El detectar síntomas depresivos y no cuadros clínicos configurados permite un enfoque analítico, apto para conocer las características del síndrome depresivo en la adolescencia, en tanto se trata de una etapa evolutiva diferente a la adultez y a la niñez. Para algunos autores (Schoenbach y otros, 1982) no es conveniente diagnosticar adolescentes con los criterios válidos para los adultos, ya que sus manifestaciones clínicas son diferentes (García en Almonte y otros, 2003).

Las tasas de depresión se invierten durante la adolescencia, pasando desde una mayor prevalencia en hombres hasta la pubertad, a una mayor prevalencia en mujeres, condición que parece afiarse a los 18 años y mantenerse durante la adultez. La perspectiva de género, aplicada al estudio de la depresión, ha puesto en evidencia la importancia de los factores socioculturales, así como los diversos espacios (individuo, familia, comunidad) en los que dicha construcción sociocultural modifica la probabilidad de padecer depresión por parte de varones y mujeres. (Cantoral y otros, 2003). La identidad de género se construye desde lo social, lo cultural y lo histórico, sobre un dato dado biológicamente: el sexo, femenino o masculino (Rico, 1993).

Las publicaciones internacionales revisadas destacan las relaciones entre sintomatología depresiva, diferencias de género, eventos estresantes, apoyo familiar y social y vulnerabilidad en la comprensión del fenómeno. Los resultados de los estudios son concordantes en cuanto a las diferencias de género en sintomatología depresiva, y al valor predictivo que tienen los eventos estresantes. Sin embargo, respecto a la influencia que tienen el apoyo familiar y social en la presencia/ausencia de sintomatología depresiva en los adolescentes y en las diferencias de género, la información es poco clara e incluso contradictoria, probablemente por las diferencias culturales de las muestras en que se ha estudiado este problema (anglo-americanos, africano-americanos, latinoamericanos, asiáticos). La vulnerabilidad, en tanto disposición pre-existente hacia la aparición de sintomatología depresiva, ha sido estudiada a partir de muchas características diferentes: auto-estima, concepto de si mismo, estilos cognitivos, sentimientos de autoeficacia y otros.

En nuestro país, las investigaciones en torno a la prevalencia de síntomas depresivos y diferencias de género y edad en adolescentes, son escasas. Sólo la de Cova y otros (2007), reporta un análisis de ítem. No se encontraron publicaciones que integren factores de riesgo (como los eventos estresantes) y posibles factores protectores (apoyo familiar y social), o que reporten datos acerca de factores de vulnerabilidad.

En la presente investigación se optó por considerar los sentimientos de autoeficacia como factor de vulnerabilidad, ya que se trata de un constructo teórico de alta complejidad, sustentado por la Teoría Social Cognitiva, marco teórico de reconocidas contribuciones a la comprensión de la psicología y la psicopatología, que se basa en investigaciones empíricas. El concepto de Sentimientos de autoeficacia ha sido poco estudiado en nuestro país, y no se ha relacionado

empíricamente con sintomatología depresiva en adolescentes. Se encontró sólo una publicación extranjera que pone en juego ambos constructos (Jenkins y otros, 2002).

Las principales preguntas de investigación que surgen, son:

- ¿Cuál es la prevalencia en sintomatología depresiva en adolescentes chilenos?
- ¿Cómo se distribuyen las diferencias de género en sintomatología depresiva en los adolescentes y cómo evolucionan con la edad?
- Los eventos estresantes ¿también predicen la presencia de síntomas depresivos en los adolescentes chilenos? ¿Hay un efecto diferencial por género y/o por edad? ¿Cuáles son los eventos estresantes que se dan con mayor frecuencia entre los adolescentes chilenos?
- ¿Cuál es la contribución del apoyo, familiar y social, en las diferencias de género y de edad en sintomatología depresiva en nuestros adolescentes?
- La falta de sentimientos de autoeficacia, en tanto factor de vulnerabilidad ¿contribuye a las diferencias de género y edad en sintomatología depresiva en adolescentes chilenos?
- ¿Es posible comprender las diferencias de género y edad en sintomatología depresiva en adolescentes chilenos a partir de un modelo predictivo, en el cual interactúan eventos estresantes, apoyo familiar y social, y sentimientos de autoeficacia como disposición interna?

De lo anteriormente expuesto, se desprende la relevancia de investigar en torno a la sintomatología depresiva en una muestra de adolescentes chilenos, intentando explicar las diferencias de género a partir de un modelo de “diathesis”, que considera tanto factores ambientales (eventos estresantes, apoyo familiar, apoyo social) como la vulnerabilidad personal (sentimientos de autoeficacia). Un mayor conocimiento y una mejor comprensión de la etiología de la sintomatología depresiva adolescente, de la modalidad en que se organizan los síntomas depresivos en los y las adolescentes, y la identificación de factores de riesgo y protección, podrían contribuir al diseño de estrategias de intervención específicas para los adolescentes (psicoterapia con objetivos específicos), a la planificación de intervenciones preventivas para atenuar los efectos negativos (realización, por ejemplo, de talleres para ellos y/o para padres), así como a definir lineamientos básicos de políticas de prevención primaria, que permitan proteger la salud mental de esta población en alto riesgo, siempre desde la perspectiva de las diferencias de género.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1. Objetivo General**

Estudiar las interacciones entre eventos estresantes, apoyo materno, apoyo social y autoeficacia, y su poder explicativo de las diferencias de género en la sintomatología depresiva de los adolescentes chilenos.

### **4.2. Objetivos Específicos**

1. Describir los niveles de sintomatología depresiva que presenta una muestra de adolescentes chilenos.
2. Describir las diferencias de género en los niveles de sintomatología depresiva que presentan los adolescentes.
3. Establecer el peso específico de cada variable (eventos estresantes, sentimientos de autoeficacia, apoyo materno y apoyo social) como predictores de la sintomatología depresiva en los y las adolescentes, con 6 y 12 meses de anticipación.
4. Estudiar el efecto del apoyo materno y el apoyo social frente a los eventos estresantes en relación a la sintomatología depresiva en los y las adolescentes.
5. Describir el efecto de los sentimientos de autoeficacia frente a los eventos estresantes en relación a la sintomatología depresiva en los y las adolescentes.

## **5. HIPOTESIS**

H1: La interacción entre eventos estresantes, apoyo materno, apoyo social y sentimientos de autoeficacia se asocia con la presencia de sintomatología depresiva para ambos géneros.

H2: Los factores predictores de la sintomatología depresiva en la adolescencia (eventos estresantes, apoyo materno, apoyo social y sentimientos de autoeficacia) tienen un peso diferente según el género y la edad.

H3: El apoyo materno y el apoyo social disminuyen el impacto de los eventos estresantes, aminorando la sintomatología depresiva, con un efecto más notable en las adolescentes

H4: Los sentimientos de autoeficacia disminuyen el impacto de los eventos estresantes, aminorando la sintomatología depresiva, con un efecto más notable en los adolescentes.

## **6. METODO**

### **6.1 Diseño**

La presente investigación consiste en un estudio en el cual se evalúa la prevalencia de sintomatología depresiva y se pone a prueba un modelo explicativo respecto a las diferencias de género en sintomatología depresiva en una muestra de adolescentes chilenos. Interesa explicar las diferencias de género de sintomatología depresiva en esta muestra, a partir de variables tales como los eventos estresantes, sentimientos de autoeficacia, apoyo familiar de la madre y apoyo social, a fin de proporcionar un sentido de entendimiento del fenómeno. De este modo, si bien se describirán aspectos relevantes y se establecerán relaciones entre las variables, se intentará responder a la pregunta de por qué se dan las diferencias de género en la sintomatología depresiva en esta muestra de adolescentes chilenos, cómo se explica la presencia de estos síntomas y en qué condiciones se presentan.

Para este estudio se eligió un diseño de tipo correlacional, que permite obtener información sobre la realidad tal cual es, omitiendo la manipulación de variables. Se observó el fenómeno en su contexto natural, para analizarlo posteriormente (Hernández y otros, 1991). Si bien el Proyecto Fondecyt en el que se recabaron los datos constituye un estudio longitudinal, en la investigación presente se utilizó un diseño de corte transversal, para evaluar la sintomatología depresiva en un momento determinado del tiempo. Posteriormente se incluyeron datos obtenidos en una medición previa (con 6 meses de anticipación), específicamente en cuanto a los eventos estresantes reportados (cantidad) y a la presencia / ausencia de indicadores de sintomatología ansiosa - depresiva, a fin de controlar la preexistencia de dificultades emocionales.

Se aplicó una metodología cuantitativa en tanto existen suficientes antecedentes teóricos sobre la sintomatología depresiva y los factores implicados, que permiten el uso y la construcción de instrumentos de medición cuantitativa.

## **6.2 Muestra y participantes**

Los sujetos de este estudio se encuentran participando en una investigación longitudinal del desarrollo adolescente, incluyendo aspectos, tales como conductas de riesgo, participación cívica, conducta prosocial, autoconcepto, entre otros, y los estilos parentales (Proyecto Fondecyt “Mirando al futuro”, 2001, Cumsille E., P. y Martínez, M.L.). Los investigadores responsables permitieron la inclusión de la Escala de Sintomatología Depresiva (CES-D) en su estudio, a solicitud de la autora del presente trabajo. A la vez, facilitaron los datos que se utilizaron en la construcción de los otros instrumentos de medición considerados en este estudio.

Específicamente, el trabajo que aquí se expone, considera las mediciones cuarta (abril 2003) y tercera (octubre 2002) de la investigación Fondecyt, las cuales serán nominadas como M1 y M2 en el presente estudio. De este modo, el proyecto que dio origen a esta investigación, fue configurado íntegramente por su autora.

La muestra inicial, tomada por conveniencia, fue de 677 jóvenes (354 mujeres y 322 hombres), cuyas edades fluctúan entre 12 y 19 años, y que cursan desde 6° E. Básica a 4° E. Media, en colegios particulares pagados y liceos municipalizados (Alcántara de la Florida, Antihue, Liceo Indira Gandhi y Mercedes Marín del Solar), correspondientes a las comunas de La Florida, Macul y Nuñoa, de la Región Metropolitana de Santiago.

La muestra del presente estudio quedó compuesta por 596 adolescentes, 290 hombres y 306 mujeres, una vez descartados los casos en los que faltaba información (missing) y haber prorrateado los puntajes en aquellos casos en que se observó un patrón particular de falta mínima de información (omisión de uno o dos ítems; criterio determinado según el número de ítems de cada escala), tanto para la variable dependiente como para cada uno de los predictores.

Las edades, reportadas en años por los mismos jóvenes, fueron agrupadas en tres rangos, siguiendo la agrupación etárea más frecuentemente utilizada en las investigaciones con adolescentes: Adolescencia temprana: 12 y 13 años, Adolescencia media: 14 y 15 años, y Adolescencia tardía: 16 a 19 años inclusive. Entonces, la distribución muestral, considerando género y edad, es la siguiente (TABLA 1):

**TABLA 1: DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR GÉNERO Y EDADES**

<i>Género</i>	<b>Hombres</b>	<b>%</b>	<b>Mujeres</b>	<b>%</b>	<b>Subtotales</b>	<b>%</b>
<i>Edades</i>						
<b>12 y 13 años</b>	34	5.70	48	8.05	82	13.76
<b>14 y 15 años</b>	126	21.14	147	24.66	273	45.81
<b>16 a 19 años</b>	130	21.81	111	18.62	241	40.44
<b>Subtotales</b>	290	48.66	306	51.34	596	100

En cuanto al estado civil de los padres, el 33% de los jóvenes reporta que están separados, y el 67% restante refiere una familia intacta. Respecto a la pregunta “¿Con quienes vives?”, el 63% señala que con ambos padres, el 22 % vive sólo con la madre, y el 15 % vive otras situaciones (madre con conviviente, padre con conviviente, sólo con el padre). Las diferencias entre los porcentajes de familia intacta (67%) y vive con ambos padres (63%) podría deberse a la distinción entre separación física y legal.

### **6.3 Procedimiento**

Se extendió una invitación a los Directores de los colegios a participar en el estudio, mediante una carta que incluía la explicación de los objetivos del proyecto y el compromiso de una devolución de información al momento de término del mismo.

Una vez lograda la disposición del establecimiento escolar para participar en este proyecto, se contactó a los jóvenes en la sala de clases, explicándoles los objetivos del estudio e invitándolos a participar en forma voluntaria. A aquellos alumnos dispuestos a responder a los cuestionarios se les solicitó su consentimiento por escrito (ANEXO 1), así como el de sus padres (ANEXO 2).

Una vez confirmada su participación se coordinaron fechas y horarios para la aplicación de los cuestionarios de evaluación. Los instrumentos fueron aplicados en forma colectiva, durante la jornada escolar, a cursos completos y a todos los cursos de los niveles 7° y 8° de Enseñanza Básica y de Enseñanza Media. En los casos de colegios con muchos cursos paralelos por nivel, se dejó a criterio de la Dirección elegir aquellos cursos con mayor disponibilidad de tiempo para la aplicación.

Los instrumentos aplicados consisten en cuestionarios de autoreporte, manteniendo el anonimato a fin de reducir la deseabilidad social.

La administración de los instrumentos estuvo a cargo de estudiantes de psicología (cursando 9º. y 10º. semestre de la carrera), especialmente entrenados. Contaban con un completo instructivo de aplicación. Los jóvenes tuvieron la posibilidad de hacer preguntas al examinador en caso de dudas. Como aporte a su contribución se les entregó un chocolate al finalizar su tarea. El porcentaje de no participación fluctuó entre un 0% y un 3% por curso.

#### **6.4 Instrumentos**

##### ***Dimensiones evaluadas***

Tal como se señaló anteriormente, esta investigación formó parte de un estudio más amplio sobre los adolescentes y sus metas a futuro. Cada una de las variables consideradas (síntomatología depresiva, eventos estresantes, sentimientos de autoeficacia, apoyo materno, apoyo social y sintomatología ansioso depresiva previa) fueron evaluadas mediante cuestionarios pre existentes y otros generados especialmente para llevar a cabo este estudio (ANEXOS 3, 4, 5, 6, 7 y 8, respectivamente).

##### **a) Sintomatología Depresiva: SD**

Constituye la variable dependiente. Fue evaluada a partir del autoreporte. Varias características de la depresión apoyan el uso y la necesidad de procedimientos diagnósticos de autoreporte. Muchos síntomas reflejan sentimientos subjetivos y auto – percepciones que son difíciles de observar (por ejemplo, ideación suicida, desesperanza, sentimientos de escaso valor), y otros pueden no ser detectables por otras personas (insomnio y falta de apetito) (Ahmoi Essau C., y Peterman F., 1997). Estos cuestionarios no contienen la información necesaria para realizar el diagnóstico de depresión como cuadro clínico, pero sí para establecer la severidad de la sintomatología depresiva.

El cuestionario utilizado fue adaptado a partir del Cuestionario CES – D (Center for Epidemiological Studies – Depression scale), creado por Radloff en 1977. Este cuestionario (ANEXO 3), consta de veinte ítems y ha sido utilizado ampliamente para evaluar sintomatología

depresiva en muestras no clínicas de adolescentes (Greenberger y otros, 2000; Schoenbach y otros, 1982), y traducida a diferentes idiomas para su aplicación.

De los 20 ítems, quince hacen referencia a aspectos negativos, en tanto los cinco restantes tienen una connotación positiva. Los sujetos responden a la pregunta “En los últimos 30 días, que tan seguido te.....?”, respecto a cada ítem en base a una escala tipo Likert de 3 puntos (Raramente o ninguna vez = 0 puntos, Alguna o pocas veces = 1 punto, Ocasionalmente o una cantidad de tiempo moderado = 2 puntos, La mayor parte del tiempo = 3 puntos). En los ítems de connotación positiva se invirtieron las puntuaciones, sin modificar el sentido de la pregunta. El puntaje total está dado por la suma de los 20 ítems, correspondiendo a 60 puntos como máximo. El cuestionario considera cuatro subdominios de contenido: desánimo (Ej.: “*Sentido bajoneado*”), afectos positivos (Ej.: “*Sentido que la vida valía la pena*”), aspectos somáticos y de hipoactividad (Ej.: “*Dormido sin poder descansar*”) y relaciones interpersonales (Ej.: “*Sentido que la gente fue poco amistosa conmigo*”).

Para establecer la presencia de sintomatología depresiva a partir del CES – D, el Stanford Patient Education Research Center (2005) señala que, sobre un total de 20 ítems, con un rango de puntajes entre 0 y 60, un puntaje superior a 16 es considerado deprimido, y los puntajes más altos indican mayor depresión.

Casullo (1998) a partir de la adaptación de este cuestionario a la población argentina, establece la categorización de la severidad de la sintomatología depresiva en baja (0 a 9 puntos), media (10 a 25 puntos) y alta (26 a 60 puntos).

Según el Stanford Patient Education Research Center (2005) la Escala CES – D en español, de 20 ítems, cuenta con un índice de consistencia interna alfa de Cronbach igual a 0.90 y una confiabilidad test – retest de 0.93.

Los resultados de la investigación de Casullo (1998), realizada con adolescentes argentinos, arrojan una confiabilidad test – retest de 0.50, con una consistencia interna medida a través del coeficiente alfa de Cronbach igual o superior a 0.87.

Adicionalmente, con el fin de controlar la sintomatología ansiosa – depresiva previa, presente en los y las adolescentes con 6 meses de anticipación (octubre 2002), se consideraron 4 ítems evaluados en esa fecha de medición: “*Sentido nervioso o preocupado*”, “*Sentido bajoneado o deprimido*”, “*Sentido tenso e irritable*”, “*Sentido aislado o solo*” (ANEXO 8).

### **b) Sentimientos de Autoeficacia: SA**

Se entiende por sentimientos de autoeficacia las creencias de las personas de que pueden ejecutar exitosamente las conductas requeridas para producir determinados resultados. Constituye un elemento protector interno cuando el contexto es poco apoyador y/o cuando las personas tienen que enfrentar eventos estresantes. La autoeficacia general se distribuye en forma normal en la población. Varía significativamente según la edad y el género: aumenta progresivamente con la edad, así los adolescentes se van sintiendo cada vez más capaces de controlar lo que les acontece (Bandura A., 1997). Los sentimientos de autoeficacia tienden a ser mayores en los hombres que en las mujeres (Rivera O., D., 2003).

Se evaluó mediante el autoreporte, a partir de una escala abreviada, basada en el Self Perception Profile for Adolescents (Harter, 1989 en Casullo, 1998). Es una escala de tipo Likert, de 4 puntos, constituida por 16 ítems (puntaje mínimo 16 y máximo de 64 puntos). Diez de ellos tienen una connotación positiva, como “Puedo ser exitoso en lo que me proponga”, en tanto los restantes cuatro hacen referencia a aspectos negativos: “Cuando fijo metas importantes para mí, rara vez las consigo”. Debe marcarse una de las cuatro alternativas propuestas frente a cada ítem, que son: “no me describe para nada (1 punto), me describe un poco (2 puntos), me describe bastante bien (3 puntos), realmente me describe (4 puntos)”. En los ítems de connotación negativa se invirtieron las puntuaciones, sin modificar el sentido de la pregunta (ANEXO 5).

### **c) Apoyo Madre: AM**

La variable denominada “Apoyo Familiar” en el Proyecto de Tesis fue conceptualizada como “Apoyo Madre” en la investigación final, en tanto la literatura es concordante en afirmar que la influencia materna sería de mayor significación que la paterna (Smetana y otros; 2004; González-Forteza y Andrade 1995), hecho que fue corroborado en esta investigación mediante análisis estadísticos preliminares, en los que se sondeó el peso inicial de una serie de variables tales como apoyo familiar (padre y madre), apoyo paterno, y apoyo materno a partir de ecuaciones de regresión, concluyéndose que el apoyo paterno no aporta significativamente a la comprensión del problema en estudio.

La escala AM (ANEXO 6) corresponde a la dimensión “aceptación – involucramiento” de la Escala de Estilos Parentales (Darling y Toyokawa, 1997; Gray y Steinberg, 1999) adaptada por el proyecto Fondecyt en el cual se inserta el presente estudio. Está constituida por 7 ítems (ej:

“Puedo contar con su ayuda si tengo problemas”), ante los cuales los adolescentes señalan su grado de acuerdo (1 = muy en desacuerdo, 2 = en desacuerdo, 3 = no estoy seguro, 4 = de acuerdo y 5 = muy de acuerdo). Su puntaje varía entre 7 y 35 puntos, como máximo.

#### **d) Apoyo Social: AS**

Durante la adolescencia, la tarea de la configuración de la identidad personal exige que los jóvenes tomen cierta distancia de los padres y amplíen su círculo relacional, tanto con sus grupos de amigos como con otros adultos significativos. Por otra parte, tal como se señaló anteriormente, la contención social del individuo influye en el impacto que los eventos estresantes tendrán sobre su persona (Casullo, 1998).

Esta escala está constituida por tres ítem presentes en el proyecto Fondecyt en el cual se inserta la presente investigación (Ej.: “*Existe alguien fuera de la casa a quien le puedo contar mis problemas*”), ante los cuales los adolescentes señalan su grado de acuerdo (1= muy en desacuerdo, 2 = en desacuerdo, 3 = no estoy seguro, 4 = de acuerdo y 5 = muy de acuerdo); siendo su valor mínimo 3 puntos y máximo 15 puntos. (ANEXO 7).

#### **e) Eventos Estresantes: ES**

Es considerado el principal factor de riesgo externo para la sintomatología depresiva. Un evento o acontecimiento vital es todo hecho o circunstancia de la vida de una persona capaz de alterar o modificar sus condiciones de salud psicofísica. El comienzo o el término de una relación amorosa, la falta de dinero, la separación de los padres, la llegada de un nuevo bebé a la familia, la muerte de un familiar cercano (padres, abuelos), son sucesos demarcadores en el ciclo vital e implican cambios y transiciones. Esos sucesos externos se relacionan con cambios internos más profundos.

Los eventos pueden ser deseables o indeseables, vividos como controlables o incontrolables, generar consecuencias indeseables aunque el hecho en sí se acepte como necesario. Habitualmente se asocian a sentimientos de pérdida y/o separación, sean éstas reales o simbólicas. Su ocurrencia implica la necesidad de cambios en el campo de las relaciones interpersonales y, por consiguiente, supone una reorganización de las interacciones sociales. Estos acontecimientos proponen pensar o no en una acción posible. Determinados sucesos vitales dejan poco margen para la toma de decisiones, en tanto que otros permiten plantearse

alternativas diversas. Algunos de estos eventos pueden suponer una amenaza (o peligro) para la integridad física del yo (Conger y otros, 1994; Daniels y Moos; 1990).

Los hechos intempestivos, que no se pueden prever, son fuente de tensión emocional, en tanto perturban y modifican la secuencia y el ritmo del ciclo vital. Puede decirse en este sentido que actualmente no hay dudas acerca del rol del estrés en la precipitación del malestar psicológico. Conviene tener presente que el término “estrés” proviene del campo físico y denota fuerzas que se aplican a un objeto y que lo llevan hasta un punto de ruptura o desintegración. McGrath (1970, en Casullo; 1998) lo conceptualiza como un desequilibrio entre las demandas ambientales y la capacidad de respuesta del organismo. Implica una transacción del sujeto con su entorno que se caracteriza por una descompensación entre las demandas que plantea el contexto y los recursos disponibles para hacer frente a ellas.

La exposición a factores de estrés por sí sola no es, en general, explicación suficiente del inicio de patología; también requieren consideración otros factores que influyen en su impacto, tales como las características de la situación estresante, los atributos psicológicos del individuo (autoconcepto, sentimientos de autoeficacia, autoestima) y las características de los sistemas de apoyo y contención familiar y social con los que cuenta el individuo. (Conger y otros, 1994; Daniels y Moos, 1990)

Los primeros antecedentes considerados para elaborar el cuestionario que se utilizó a fin de evaluar esta dimensión, están en el instrumento SER (Schedule of Recent Events) diseñado por Holmes y Rahe en 1967, (Colten M.,E., y Gore S., 1991) así como en el RLCD (Recent Life Change Questionnaire) construido por Rahe en 1975.

En 1986, Lin y otros (1986, en Casullo, 1998) publicaron en el estudio sobre “Social Support, Life Events and Depression” una larga lista de “Eventos Vitales” que emplearon en su investigación. Dado que cuenta con un número excesivo de ítems (118) para los propósitos de este estudio, se confeccionó un cuestionario abreviado con 21 sucesos. Si bien se redujo significativamente el número de afirmaciones, se mantuvieron las principales áreas consideradas: **familia** (Ej.: “*Mi madre comenzó a trabajar*”), **salud** (Ej.: “*Uno de mis padres se enfermó gravemente o fue hospitalizado*”), **trabajo** (Ej.: “*Empecé a trabajar*”), **escuela** (Ej.: “*Me suspendieron en el colegio*”), **problemas personales** (Ej.: “*Pensé que yo, o mi polola estaba embarazada*”), **afectos y pareja** (Ej.: “*Empecé a pololear o a salir con alguien*”). La reducción consistió fundamentalmente en que un ítem contiene más de una afirmación. Ej.: “*Murió mi*

madre o padre”, en vez de “Murió mi madre” y “Murió mi padre”. Se responde señalando Sí o No, en términos de presencia o ausencia del evento vital durante los últimos seis meses. A la respuesta afirmativa se le asignó 1 punto, y la negativa 0 puntos.

Los Eventos estresantes fueron evaluados a partir del autoreporte, debiendo señalar cada joven la presencia o ausencia de una serie de cambios significativos en la situación de vida (21 ítem), ocurridos en los últimos 6 meses. Dado que esta medición se realizó en dos momentos diferentes (M1 y M2), se cuenta con información que considera los eventos estresantes ocurridos con 6 y 12 meses antes de la evaluación de la sintomatología depresiva de los adolescentes. El cuestionario utilizado en ambas mediciones contiene exactamente los mismos ítems (ANEXO 4).

### **6.5 Análisis de los datos**

Previo a la contrastación de las hipótesis se realizó el análisis psicométrico de la escala de sintomatología depresiva determinado su estructura factorial (a través del análisis factorial exploratorio) y confiabilidad (alfa de Cronbach). Adicionalmente, se verificó la confiabilidad de todas las escalas utilizadas para medir los predictores en esta investigación (SA, AM, AS). No se evaluó la confiabilidad del Cuestionario de Eventos Estresantes (ES), en tanto éste no constituye una escala.

Una vez realizado el análisis psicométrico de las escalas, se realizó un análisis descriptivo de los datos, estimándose el promedio (*M*), desviación típica (*DT*), Mediana y Moda de las diferentes escalas (SA, AM, AS). Por su parte, los Eventos Estresantes (ES) experimentados por los adolescentes fueron analizados en forma categórica, por lo que se utilizaron frecuencias y porcentajes para realizar el análisis descriptivo de ésta escala. Dos categorizaciones de esta variable fueron utilizadas a) **ausencia/presencia**: se diferenció entre aquellos adolescentes que reportaban no haber experimentado algún acontecimiento vital significativo y aquellos que reportaban haber experimentado al menos un evento estresante; b) **cantidad** de ES: se diferenció entre aquellos adolescentes que no reportaron haber experimentado “ningún” evento; la categoría “pocos” incluyó a aquellos adolescentes que reportaron entre 1 a 3 eventos, aquellos que señalaban haber experimentado entre 4 a 6 se les clasificó como “medios” y aquellos que reportaron haber vivido 7 o más ES fueron incluidos en la categoría “muchos”.

Posteriormente se analizó el comportamiento de cada una de las variables predictoras en relación al género y la edad de los adolescentes. Para las variables continuas (SA, AM, AS) se utilizó el Análisis de Varianza (ANOVA) bifactorial, para determinar si se presentan diferencias significativas en los promedios de las variables predictoras según el sexo (factor 1), edad (factor 2) y la interacción de ambos factores. Para la variable ES (nominal), se utilizó el estadístico chi-cuadrado, para determinar diferencias en su frecuencia según el sexo y edad de los adolescentes. Para contrastar los objetivos 1 y 2, la variable dependiente Síntomas Depresivos fue analizada en tres formas diferentes: a) presencia-ausencia, utilizando para ello el criterio propuesto por CES – D (2005); b) categorías de niveles: Leve, Moderado y Severo basado en los criterios propuestos por Casullo (1998); c) en forma continua, utilizando para ello el puntaje obtenido en la escala. De acuerdo al nivel de medición de las variables, cuando los SD fueron analizados como variable categóricas se utilizaron sus frecuencias y porcentajes para describir los datos, y se uso el análisis de chi-cuadrado para establecer diferencias según sexo y/o edad. Cuando la SD fue analizada en forma continua se utilizó el ANOVA factorial.

Para los objetivos 3 al 5 se utilizaron correlaciones de Pearson y el Análisis de Regresión Lineal Múltiple. La regresión lineal múltiple trata de explicar el comportamiento de la variable dependiente ( $y = SD$ ) con más de una variable predictora usando una función lineal. Su modelo con “i” variables predictoras y basado en “n” observaciones está dado por:

$$y_i = \beta_0 + \beta_1 x_{i1} + \beta_2 x_{i2} + \dots + \beta_p x_{ip} + e_i \quad \text{para } i = 1, 2, \dots, n$$

Donde  $\beta_0$  corresponde al intercepto y  $\beta_n$  los coeficientes de regresión parcial.

La interacción entre las variables predictoras fue contrastada siguiendo los procedimientos sugeridos por Aiken y West (1991). En primer lugar los diferentes predictores (SA, AM, AS, EE) fueron centrados para disminuir la “multicolinealidad”, y se estimarán los componentes de interacción a través de la multiplicación de los predictores centrados entre sí. Luego se ingresaron en la ecuación de regresión cada uno de los componentes: en el primer bloque se ingresaron los predictores de primer orden, en el segundo bloque se ingresaron las componentes de interacción propuestas en orden de complejidad, es decir, primero las interacciones entre dos variables, luego las de 3 variables y así sucesivamente. Finalmente, siguiendo el “procedimiento

step-down”, se determinó el nivel de significación de los coeficientes de regresión parcial de los componentes de interacción estimados, eliminándose sucesivamente (desde los niveles de mayor a menor complejidad) aquellos componentes que no aportaban a la predicción de los síntomas depresivos (procedimientos presentado en anexos). En los resultados se presentan los modelos de regresión finales, estimándose la varianza explicada por el modelo ( $R^2$ ) y la significación estadística de cada una de las ecuaciones de regresión. Todos los análisis se realizaron mediante el programa computacional SPSS 12.0.

## **7.- RESULTADOS, DISCUSIÓN Y COMPARACIÓN CON OTROS ESTUDIOS**

En este capítulo se presentan los resultados ordenados en tres secciones. En la primera se expone el análisis psicométrico de las escalas, evaluando la confiabilidad y la validez factorial de la escala SD, así como la confiabilidad de todas las otras escalas. Luego se presenta el análisis descriptivo de los datos, considerando las características de las variables predictoras en estudio de acuerdo al género y la edad, lo que fue contrastado por medio de análisis de varianza factorial. En tanto la descripción y el análisis de la variable dependiente SD corresponde a los objetivos de esta investigación, estos resultados serán reportados en el punto 7.3., Desarrollo de Objetivos y Contrastación de Hipótesis.

En la tercera parte se desarrollan los objetivos específicos y se contrastan las hipótesis del estudio, utilizando para ello análisis de regresión, sin y con interacción según corresponda. Posteriormente se propone y evalúa un modelo explicativo alternativo de la relación entre las variables.

## **7.1.- Confiabilidad y validez de las Escalas**

### **a) Confiabilidad y validez de la variable dependiente: Sintomatología Depresiva**

Una vez adecuado el lenguaje del cuestionario CES – D, versión argentina (Casullo, 1998) al vocabulario que comúnmente utilizan los adolescentes chilenos, fue aplicado a la muestra. Durante la puntuación del mismo, se eliminaron los casos que no respondieron a 2 o más de los ítems. Adicionalmente se desistió del ítem 17 (“Lloré”), por problemas de escalamiento. Así, la Escala de Sintomatología que se reporta, consta de 19 ítems, cuyo rango de puntajes va de 0 a 57 pts.

Para determinar su **validez**, la escala final de sintomatología depresiva, se sometió al análisis factorial. Siguiendo el criterio de Kaiser, se obtiene una solución rotada (rotación Promax) de tres factores: (a) factor 1, denominado Síntomas somáticos - depresivos; que consta de 11 ítems; (b) factor 2, denominado Aislamiento social, con 4 ítems y (c) tercer factor: Afectos positivos, con 4 ítems; que en conjunto explican el 45.00 % de la varianza total de la escala, lo que es satisfactorio para tres factores. En la Tabla 2 se presentan los ítems que corresponden a cada factor, con sus respectivas cargas factoriales.

La rotación oblicua Promax permite establecer la correlación entre los factores. En este caso, los Síntomas Somáticos - depresivos presentan una alta correlación ( $r= 0.78$ ) con el Aislamiento Social. En cambio, la correlación entre Afectos Positivos y Síntomas somáticos – depresivos es baja ( $r= 0.092$ ), al igual que entre Afectos Positivos y Aislamiento Social ( $r= 0.153$ ).

La investigación de Casullo (1998) con adolescentes argentinos reporta 3 factores a partir del criterio de Kaiser, con solución rotación Varimax, los cuales son: Depresión Afectiva, Síntomas Somáticos y Afectos Positivos.

En los adolescentes norteamericanos se describe un modelo de 4 factores: Desánimo, Afectos Positivos, Aspectos Somáticos y de hipoactividad, y Relaciones Interpersonales, similar a cómo se agrupa la sintomatología depresiva en los adultos.

Dos de los factores encontrados en este estudio, específicamente los Síntomas Somáticos – depresivos (1) y los Afectos Positivos (3), resultan concordantes con los hallazgos de las investigaciones, realizadas con adolescentes norteamericanos (Roberts y otros, 1990, en Casullo 1998), y con adolescentes argentinos (Casullo, 1998).

El segundo factor encontrado en esta muestra de adolescentes chilenos, Aislamiento Social, no es reportado en el estudio de Casullo (1998), pero podría corresponder al factor Relaciones Interpersonales, señalado por Roberts y otros (1990, en Casullo op.cit.). Lamentablemente no se pudo acceder al contenido de los ítems de ese factor, a fin de evaluar su posible equivalencia. Sin embargo, es posible asumir tal equivalencia, en tanto se trata de la misma escala y los mismos ítems.

Al comparar los resultados de Casullo (1998) con los del presente estudio, se podría plantear que la vivencia de la sintomatología depresiva en este grupo de adolescentes chilenos es más general, más indiferenciada, y más parecida a la de los niños (sobreposición de síntomas depresivos y somáticos). La presencia del factor Aislamiento Social, si bien corresponde a una de las características de la sintomatología depresiva que se expresa en el ámbito de las relaciones interpersonales, podría obedecer a condiciones específicas de vida actual de los adolescentes chilenos que manifiestan sintomatología depresiva (familias nucleares, sociedad altamente individualista y competitiva).

**TABLA 2: COEFICIENTES DE CORRELACIÓN, FACTORES DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y CARGAS FACTORIALES**

<i>Item</i>	Factores y cargas factoriales		
	Síntomas somáticos-depresivos	Aislamiento social	Afectos positivos
Sentido bajoneado/a, incluso con apoyo amigos y	<b>.782</b>		.116
Sentido deprimido/a	<b>.743</b>		
Sentido muy cansado/a para hacer algunas cosas	<b>.711</b>		-.227
Sentido sin ganas de comer, con mal apetito	<b>.613</b>	-.119	
Sentido molesto/a por cosas que generalmente no	<b>.603</b>		
Sentido triste	<b>.557</b>	.300	
Sentido temeroso/a	<b>.546</b>	.185	
Costado concentrarte en lo que estabas haciendo	<b>.546</b>		-.171
Dormir sin poder descansar	<b>.505</b>		-.112
Pensado que tu vida era un fracaso	<b>.414</b>	.214	.238
Encontrado difícil empezar a hacer cosas <sup>a</sup>	<b>.379</b>	.328	
Sentido que no le gustabas a la gente		<b>.876</b>	
Sentido que la gente fue poco amistosa contigo		<b>.747</b>	
Sentido solo/a	.237	<b>.592</b>	
Hablado menos que de costumbre	.275	<b>.300</b>	
Disfrutado de la vida			<b>.649</b>
Sentido contento/a		.115	<b>.619</b>
Sentido que eras tan bueno como otras personas	-.152		<b>.528</b>
Sentido esperanzado respecto al futuro	-.158	-.101	<b>.497</b>

<sup>a</sup> Si bien este ítem carga en forma similar en los factores 1 y 2, se le ubica en el primer factor dado que su contenido es coherente con la sintomatología agrupada en este.

La **confiabilidad** interna obtenida en el presente estudio (N = 498), medida a través del alfa de Cronbach, es de 0.88. Ello es levemente menor a la obtenida con hispanoparlantes en USA (Stanford Patient Education Research Center, 2005, alfa de Cronbach igual a 0.90), y concordante con la descrita para adolescentes en Argentina (Casullo, 1998, alfa de Cronbach de 0.87).

#### **b) Confiabilidad de las Escalas de las variables predictoras.**

La confiabilidad de la escala de **Sentimientos de autoeficacia**, medida con alfa de Cronbach es de 0.85, sobre un total de 568 adolescentes que respondieron la totalidad de los ítems; indicando una buena consistencia interna.

A la escala de **Apoyo social** respondieron la totalidad de los adolescentes (N = 596). El coeficiente alfa de Cronbach es de 0.50, lo cual indica una consistencia interna de nivel medio. Posiblemente ello se debe al bajo número de ítems que la configuran (sólo tres ítems).

Si bien a la escala de **Apoyo Madre** respondieron la totalidad de los adolescentes (N = 596), su confiabilidad se evaluó sólo sobre aquellos casos que habían respondido a todos los ítems, reduciéndose a 581 sujetos. La consistencia interna alfa de Cronbach es de 0.89, indicando una buena consistencia interna.

### **7.2. Análisis descriptivo de los datos**

#### **a) Sintomatología Depresiva SD (TABLA 3)**

Los adolescentes obtuvieron en promedio 23.99 puntos en la escala SD con una desviación típica (DT) de 11.33 puntos; los puntajes se ubicaron en la totalidad del rango disponible. La mediana es de 23 puntos, y el valor más frecuente es 17 puntos.

Al analizar los factores que componen la sintomatología depresiva de los adolescentes (subescalas), el valor promedio de Síntomas Somáticos – depresivos (SSD) es de 15.88 puntos con una desviación típica de 8.32 puntos; el rango es de 33 puntos, la mediana se ubica en los 15 puntos y la moda es de 11 puntos.

Respecto a los Sentimientos de Aislamiento Social (AS), los adolescentes presentaron un promedio de 5.02 puntos y una desviación típica de 3.47 puntos; los puntajes se ubicaron en la totalidad del rango disponible. La mediana y la moda se ubican en los 4 puntos.

Finalmente, los Afectos Positivos (AFP) de los adolescentes alcanzaron el promedio de 3.08 puntos y su desviación típica es de 2.69 puntos; el rango es de 12 puntos, 3 puntos la mediana y cero puntos la moda. Este último valor (moda = 0), podría entenderse desde una tendencia propia de los adolescentes a aislarse y desconectarse de los afectos, una suerte de anhedonia que ellos expresan coloquialmente en el “no estoy ni ahí”, y/o con una falta de oportunidades o situaciones generadoras de afectos positivos, desde su medio socio – cultural. La sociedad no estaría suficientemente preocupada de brindarle espacios que estimulen afectos positivos en este grupo de jóvenes.

**TABLA 3: DESCRIPTIVOS SENTIMIENTOS DEPRESIVOS. ESCALA TOTAL Y POR FACTORES**

	<b>Estadísticos</b>				
	<b>Media</b>	<b>Desv. Típica</b>	<b>Min.-Max</b>	<b>Mediana</b>	<b>Moda</b>
<i>Por factores</i>					
<b>1 Sint. Som y Depresivos</b>	15.88	8.32	0 - 33	15	11
<b>2 Aislamiento Social</b>	5.02	3.47	0 - 12	4	4
<b>3 Afectos Positivos</b>	3.08	2.69	0 - 12	3	0
<i>Escala total</i>					
<b>Sintomatología Depresiva</b>	23.99	11.33	0 - 57	23	17

Nota:  $N = 596$ .

En cuanto a las variables predictoras (TABLA 4), los adolescentes obtuvieron en la escala de **Sentimientos de Autoeficacia (SA)** un promedio de 53.85 puntos, con una desviación típica de 8.15 puntos. Los puntajes se ubicaron en un rango de 25 a 70 puntos; la mediana es de 54 puntos, y la moda, 57.

Respecto a la **Escala de Apoyo Social (AS)**, los adolescentes presentaron una media de 10.79 puntos, con una desviación típica de 8.15 puntos. El rango varía entre 3 y 12 puntos; la mediana es de 10 puntos y la moda de 9.

En la Escala de **Apoyo Materno (AM)**, el promedio de los adolescentes corresponde a 30.93 puntos, con una desviación típica de 5 puntos. El rango de puntajes varía entre 7 y 35 puntos. La mediana es de 33 puntos y la moda, de 35.

**TABLA 4: DESCRIPTIVOS VARIABLES PREDICTORAS**

<i>Variables</i>	<b>Estadísticos</b>				
	<b>Media</b>	<b>DT</b>	<b>Min.-Max</b>	<b>Mediana</b>	<b>Moda</b>
<b>SA</b>	53.85	8.15	25 – 70	54.00	57.00
<b>AS</b>	10.79	2.00	3 - 12	10.00	9.00
<b>AM</b>	30.93	5.00	7 - 35	33.00	35.00

Nota:  $N = 596$ .

Considerando que los **Eventos Estresantes (ES)** no constituyen una escala propiamente dicha, se analizó descriptivamente en forma diferente. En primer lugar se diferenció entre aquellos adolescentes que reportaban no haber experimentado algún acontecimiento vital significativo ( $ES = 0$ ) y aquellos que reportaban haber experimentado al menos un evento estresante, es decir, se dicotomizó la variable en términos de **ausencia/presencia**.

De los 596 jóvenes encuestados, un 6.71% reportan no haber experimentado evento estresante alguno durante los últimos seis meses. En cambio, un 93.29 % de los jóvenes sí vivenciaron algún hecho de carácter estresante.

Posteriormente se exploró la **cantidad** de Eventos estresantes referidos, considerándose los adolescentes que indicaban la ocurrencia de **ningún** evento ( $ES = 0$ ), **pocos** hechos ( $ES = 1$  a  $3$ ), aquellos que señalaban una cantidad **media** de sucesos ( $ES = 4 - 6$ ) y los que decían haber vivido **muchos** eventos estresantes ( $ES = 7$  o más, sobre un total posible de 21).

Del total de los jóvenes encuestados, un 6.71% reporta ningún ES, un 50.00% de los jóvenes reporta haber experimentado pocos eventos estresantes, un 32.55 % señala haber vivido una

cantidad media de sucesos significativos, y un 10.74 % de ellos refiere haber sufrido muchos eventos estresantes.

Finalmente, se identificaron los eventos estresantes más y menos frecuentemente reportados por los adolescentes. Los más experimentados, en orden descendente, son: “*Hubo un cambio en la cantidad de dinero familiar*” (47,2 %), “*Alguien me molestó o hizo bromas pesadas en el colegio*” (41,3 %) “*Empecé a pololear o salir con alguien*” (38 %) y “*Terminé con pololo/a*” (28,6 %).

Los acontecimientos referidos en menor medida son: “*Murió mi padre o madre*” (2,2 %), “*Mis padres se separaron*” (6,1 %), “*Me suspendieron en el colegio*” (6,5 %), “*Pensé que yo, o mi polola estaba embarazada*” (8,2 %), “*Hermano/a se fue de la casa*” ( 8,2 %) y “*Un padre se casó o emparejó de nuevo*” ( 8,4 %).

### **7.3. ANÁLISIS DE LAS VARIABLES PREDICTORAS SEGÚN GÉNERO Y EDAD**

#### **SENTIMIENTOS DE AUTOEFICACIA SA**

Para determinar las diferencias en el nivel promedio de Sentimientos de Autoeficacia reportado por los adolescentes, según género y edad de estos (TABLA 5), se utilizó análisis de varianza factorial. Los resultados indican que no se observan diferencias significativas por Género,  $F(1)=2.58, p=.11$ , por Edad,  $F(2)=0.81, p=.45$ , ni efecto de Interacción,  $F(2)=0.68, p=0.51$ .

**TABLA 5: PROMEDIOS Y DESVIACIÓN TÍPICA DE LOS SENTIMIENTOS DE AUTOEFICACIA, SEGÚN GÉNERO Y EDAD**

<i>Edad</i>	<i>Género</i>		<i>Hombres</i>			<i>Mujeres</i>		
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>		
<b>12 - 13 años</b>	34	55.37	5.51	48	54.29	8.16		
<b>14 - 15 años</b>	126	54.60	7.20	147	52.44	8.29		
<b>16 - 19 años</b>	130	54.15	8.99	111	53.66	8.40		

Nota:  $N = 590$

En conclusión, tanto los como las adolescentes de esta investigación presentan niveles similares de Sentimientos de Autoeficacia; los Sentimientos de Autoeficacia no varían a lo largo de las etapas del desarrollo contempladas en este estudio, y no difieren al analizar su interacción con las variables género y edad.

### **APOYO SOCIAL: AS**

Para determinar las diferencias en el nivel promedio del apoyo social que perciben los adolescentes, según género y edad de estos (TABLA 6), se utilizó análisis de varianza factorial. Los resultados indican que no se observan diferencias significativas por Género,  $F(1) = 0.12, p = .73$ , por Edad,  $F(2) = 0.84, p = .43$ , ni efecto de Interacción,  $F(2) = 0.38, p = 0.09$ .

**TABLA 6: PROMEDIOS Y DESVIACIÓN TÍPICA DEL APOYO SOCIAL, SEGÚN EDAD Y GÉNERO**

	Hombres			Mujeres		
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>
<b>12 - 13 años</b>	34	9.91	1.51	48	9.69	1.75
<b>14 - 15 años</b>	126	9.59	1.73	147	9.46	2.02
<b>16 - 19 años</b>	130	9.21	2.26	111	9.76	1.74

Nota:  $N = 596$

En conclusión, el Apoyo Social se da en igual medida para los y las adolescentes de la muestra, así como en los diferentes grupos de edad considerados en esta investigación. No se observan diferencias significativas al estudiar la interacción entre las tres variables en cuestión.

### **APOYO MATERNO: AM**

Para determinar las diferencias en el nivel promedio del apoyo materno que reportan los adolescentes, según género y edad de estos (TABLA 7), se utilizó análisis de varianza factorial. Los resultados indican que no se observan diferencias significativas por Género,  $F(1) = 0.78, p =$

.39, ni efecto de Interacción Género/Edad,  $F(2) = 0.25$ ,  $p = 0.78$ ; pero si existen diferencias significativas según la Edad de los adolescentes,  $F(2) = 4.30$ ,  $p = .01$ .

**TABLA 7: PROMEDIOS Y DESVIACIÓN TÍPICA DEL APOYO MATERNO, SEGÚN EDAD Y GÉNERO.**

<i>Edad</i>	<i>Hombres</i>			<i>Mujeres</i>		
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>
<b>12 - 13 años</b>	34	32.38	3.15	48	31.81	5.07
<b>14 - 15 años</b>	126	31.36	3.60	147	30.70	5.24
<b>16 - 19 años</b>	130	30.28	5.33	111	30.23	6.10

Nota:  $N = 596$

Es decir, el Apoyo Materno se da en igual medida para los y las adolescentes de la muestra y no se observan diferencias significativas al estudiar la interacción entre el género de los adolescentes y su edad respecto del apoyo materno. Ello conlleva a desestimar planteamientos en cuanto a que los adolescentes tienden a una autonomía más temprana que las adolescentes, dados roles y premisas socioculturales (“los hombres tienen que ser independientes – y cuanto antes, mejor”). No obstante, el nivel de apoyo materno varía según la edad de los adolescentes, y resulta evidente que hay una disminución del apoyo tanto en hombres como en mujeres, en la medida en que tienen mayor edad.

Para explorar en qué rangos de edad se observa esta diferencia significativa, se realizaron comparaciones post-hoc, utilizándose la corrección de Tukey,  $HSD = 1.79$ ,  $p = .02$ . Estos resultados indican que es entre los/as adolescentes tempranos/as y los/as tardíos/as; los menores obtienen puntajes significativamente más altos en la Escala de Apoyo Madre que los mayores. Es decir, los menores reportan percibir un mayor apoyo materno que los mayores. Esto va en la dirección esperada según pautas evolutivas, en tanto en la medida que se avanza en la adolescencia se va logrando mayor autonomía.

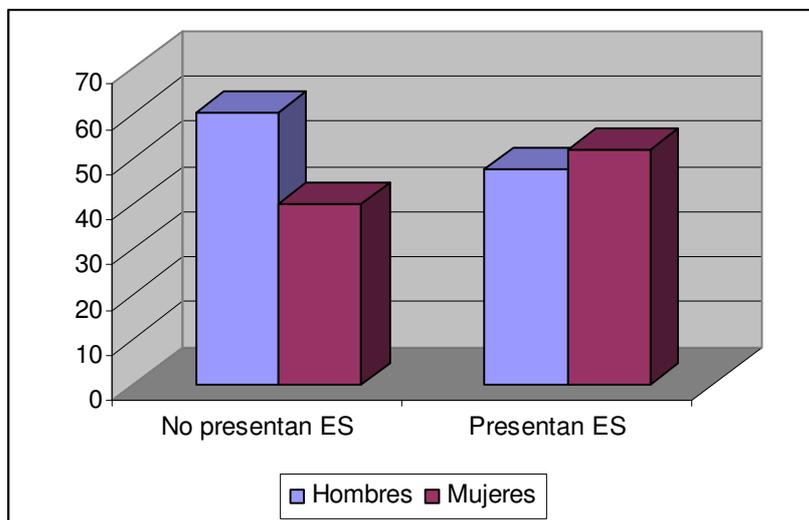
## EVENTOS ESTRESANTES ES

Los contrastes de diferencias por género y edad de los eventos estresantes se realizaron tanto sobre la presencia/ausencia de estos, como su frecuencia por categorías (ninguno, pocos, medios y muchos) y su promedio (como variable continua).

Al evaluar la **presencia/ausencia** (Ver Gráfico 1) de eventos estresantes en esta población adolescente (N= 596), se observa que la mayoría de los adolescentes refieren haber vivido algún evento estresante en los últimos 6 meses (93.29%) y solo un 6.71% de ellos no ha presentado ningún evento de esta naturaleza en dicho período.

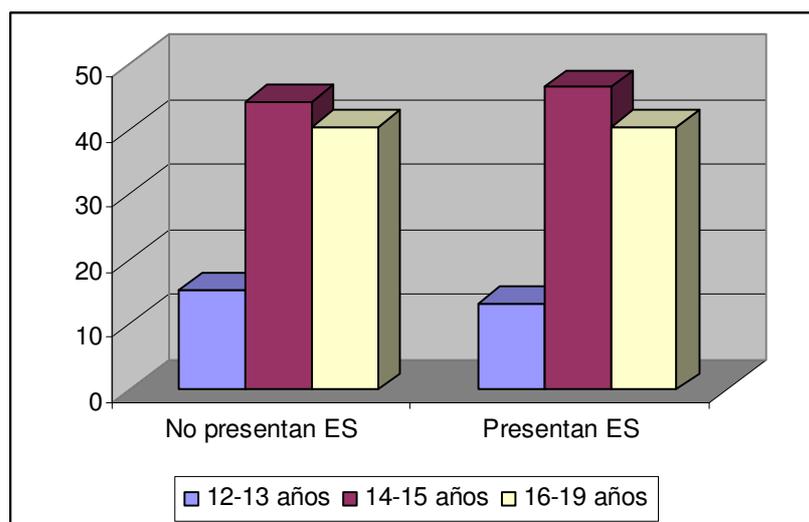
En el grupo de adolescentes que reporta no haber vivido algún evento estresante en los últimos seis meses, un 60.06 % son hombres, y un 39.94 % son mujeres. En el grupo de adolescentes que reporta haber vivido algún evento estresante en este plazo, un 47.84% son hombres, y un 52.14 % son mujeres. Al comparar la presencia/ausencia de ES según género, se observa que no hay diferencias significativas:  $\chi^2$  2.21,  $p = .14$ , entre ambos grupos.

**GRAFICO 1: PRESENCIA/AUSENCIA EVENTOS ESTRESANTES SEGÚN GÉNERO**



Al considerar la **presencia /ausencia** de eventos estresantes según **edad** (Gráfico 2), se observa que del total de los jóvenes que reportan no haber vivido algún evento estresante (N= 40), un 15.34 % tiene entre 12 y 13 años, un 44.17 % tiene entre 14 y 15 años, y un 40.4% tiene entre 16 y 19 años. Los/as jóvenes que sí reportan la presencia de eventos estresantes durante los últimos seis meses de su vida (N= 556), un 13.16 % tiene entre 12 y 13 años, un 46.42 % tiene entre 14 y 15 años, y un 40.42 % tiene entre 16 y 19 años. Al comparar la presencia/ausencia de ES por edad, se observa que no existen diferencias significativas entre ambos grupos:  $\chi^2$  3.78 p = .15.

**GRAFICO 2: PRESENCIA/AUSENCIA EVENTOS ESTRESANTE SEGÚN EDAD**



Posteriormente se realizaron los mismos análisis respecto a la presencia de eventos estresantes en los y las adolescentes, considerando la **cantidad de sucesos reportados**, categorizándolos en Ninguno (0), Pocos (1-3), Medios (4-6) y Muchos (7-21). A continuación (TABLA 8) se exponen los porcentajes, según género.

**TABLA 8: CANTIDAD EVENTOS ESTRESANTES POR GENERO**

<i>Género</i>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Total</b>
<i>Eventos (ES)</i>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
<b>Ninguno</b>	4.03	2.68	6.71
<b>Pocos</b>	24.83	25.17	50.00
<b>Medios</b>	13.42	19.13	32.55
<b>Muchos</b>	6.38	4.36	10.74
<b>Total</b>	48.66	51.34	100.00
<i>N</i>	290	306	596

El análisis del efecto de la variable **Género** sobre la **cantidad de Eventos estresantes**, (TABLA 8) indica que aparecen diferencias de género  $\chi^2$  9.40,  $p=.02$ , durante los últimos seis meses. Al explorar, mediante Chi Cuadrado, en qué nivel de cantidad de eventos estresantes se observa esta diferencia, se puede afirmar que no hay diferencias significativas por género en la categoría Ninguno  $\chi^2$  2.06,  $p= .15$ , ni en la categoría Pocos  $\chi^2$  0.12,  $p= .73$ , ni en la categoría Muchos  $\chi^2$  2.94,  $p= .09$ , en cambio sí las hay en la categoría Medios  $\chi^2$  4.28,  $p= .04$ . Es decir, las mujeres han experimentado más eventos estresantes de nivel medio (entre 4 y 6 sucesos) que los hombres. Este hallazgo contradice lo reportado generalmente por la literatura, en cuanto a que los adolescentes varones están más expuestos a sufrir eventos estresantes que las mujeres.

**TABLA 9: CANTIDAD DE EVENTOS ESTRESANTES SEGUN EDAD**

<i>Edad</i>	<b>12 -13</b>	<b>14 - 15</b>	<b>16 - 19</b>	<b>Subtotales</b>
<i>ES</i>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
<b>Ninguno</b>	0.50	4.03	2.18	6.71
<b>Pocos</b>	8.56	21.14	20.30	50.00
<b>Medios</b>	3.69	15.77	13.09	32.55
<b>Muchos</b>	1.01	4.87	4.87	10.75
<b>Totales</b>	13.76	45.81	40.44	100.00
<i>N</i>	82	273	241	596

El análisis del efecto de la variable **edad** (TABLA 9) sobre la cantidad de eventos estresantes categorizados en Ninguno (0), Pocos (1 a 3), Medios (4-6) y Muchos (7-21), indica que no aparecen diferencias significativas por edad  $\chi^2(6,596)= 9.168, p= .16$ .

Posteriormente, para determinar las diferencias en el nivel promedio de eventos estresantes que reportan haber vivido los adolescentes, según género y edad de estos (TABLA 10), se consideraron los ES como variable continua, a fin de poder proceder al análisis de varianza factorial. Los resultados indican que no se observan diferencias significativas por Género,  $F 0.00, p = .97$ , por Edad,  $F 0.42, p = .57$ , ni Interacción Género/Edad,  $F 0.94, p = 0.39$ .

**TABLA 10: PROMEDIOS Y DESVIACION TIPICA DE LOS ES, SEGÚN EDAD Y GÉNERO**

<i>Edad</i>	<b>Hombres</b>			<b>Mujeres</b>		
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>
<b>12 - 13 años</b>	34	3.30	2.59	48	3.38	1.94
<b>14 - 15 años</b>	126	3.72	3.06	147	3.39	2.26
<b>16 - 19 años</b>	130	3.50	2.95	111	3.78	1.90

Nota:  $N = 596$

En conclusión, los eventos estresantes se dan en igual medida para los y las adolescentes de la muestra, lo cual contradice lo planteado generalmente por la literatura, en cuanto a que los adolescentes experimentarían mayor cantidad de eventos estresantes que las adolescentes. Ello podría explicarse, al menos parcialmente, por el tamaño muestral de este estudio; si hubiesen diferencias, estas serían pequeñas e indetectables con la muestra examinada.

Además, no existirían diferencias en el nivel promedio de eventos estresantes según la edad de los adolescentes, ni se observan diferencias significativas al estudiar la interacción entre las tres variables en cuestión.

Al realizar el análisis de cada ítem por género, se observa que los eventos estresantes en los que hay diferencias significativas entre hombres y mujeres son:

Item: “*Empecé a trabajar*” [ $\chi^2$  11.586,  $p=0.001$ ]

Item: “*Me suspendieron en el colegio*” [ $\chi^2$  11.034,  $p=0.001$ ]

Item: “*Amigo cercano se enfermó o murió*” [ $\chi^2$  5.084,  $p=0.024$ ]

Resulta marginalmente significativo el ítem “*No pude ingresar a un club deportivo/ actividad de interés*” [ $\chi^2$  3.670,  $p=0.055$ ].

Estos cuatro ítems son más frecuentes en los hombres que en las mujeres, por lo cual se puede afirmar que, si bien la cantidad de eventos estresantes experimentados por los y las adolescentes de esta muestra no difiere, el suceso reportado es diferente: los hombres están más expuestos a comenzar a trabajar, a ser suspendidos en el colegio, a la enfermedad o muerte de algún amigo cercano y a no poder ingresar a clubes deportivos o actividades de su interés. De este modo, se encuentran diferencias cualitativas, por lo que los estudios pueden revelar diferencias discrepantes según los ítems incluidos.

### **7.3. DESARROLLO DE OBJETIVOS Y CONTRASTACION DE HIPOTESIS**

**Objetivo específico 1.- “Describir los niveles de sintomatología depresiva que presenta una muestra de adolescentes chilenos”.**

#### **Frecuencia SD.-**

En cuanto a la sintomatología depresiva en la muestra total, de acuerdo al criterio propuesto por CES –D (2005) que arroja un punto de corte de 15.83<sup>3</sup>, un 27.3% (163 casos) no presenta sintomatología depresiva, y un 72.7% (433 casos) sí evidencia sintomatología depresiva.

A continuación se presenta (TABLA 11) la distribución de la presencia/ausencia de sintomatología depresiva según edad.

**TABLA 11: SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA SEGÚN EDAD**

<i>Edad</i>	<b>12 - 13</b>		<b>14 - 15</b>		<b>16 - 19</b>		<b>Total</b>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<b>Ausencia</b>	25	4.2	72	12.1	66	11.1	163	27.4
<b>Presencia</b>	57	9.6	201	33.7	175	29.4	433	72.7
<b>Total</b>	82	13.8	273	45.8	241	40.5	596	100.1

Al considerar la **presencia** de sintomatología depresiva a partir de la variable **edad**, se observa que del total de los jóvenes con sintomatología depresiva (N= 433), la mayor frecuencia de sintomatología depresiva está en la adolescencia media, con un 46.42 % tiene entre los 14 y 15 años, tendiendo a disminuir levemente durante la adolescencia tardía, alcanzando un 40.42% entre los 16 y 19 años; la frecuencia es menor entre los 12 y 13 años, con un 13.16%.

En los jóvenes que **no presentan** sintomatología depresiva (N=163), se aprecia que un 15,34% tiene entre 12 y 13 años, un 44.17% tiene 14 y 15 años, y un 40.49% está entre los 16 y los 19 años.

Sin embargo, al considerar en conjunto presencia/ausencia de sintomatología depresiva por edades, las diferencias no son estadísticamente significativas, tal como lo indica el valor  $\chi^2$  0.537,  $p = .76$ .

#### **Niveles SD.-**

De acuerdo al criterio propuesto por Casullo (1998), la SD evaluada según el CES-D puede ser categorizada en niveles: Bajo, Medio y Alto. Dado que en Chile estos términos se utilizan habitualmente para dar cuenta del nivel socio – económico, en este estudio se considerarán como Leve, Moderado y Severo, a fin de evitar confusiones.

A continuación (TABLA 12) se presenta la frecuencia y porcentaje de niveles de SD según edad.

**TABLA 12: NIVELES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA SEGÚN EDAD**

<i>Edad</i>	<i>12 - 13</i>		<i>14 - 15</i>		<i>16 - 19</i>		<b>Subtotales</b>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<b>Leve</b>	6	1.0	15	2.5	17	2.9	38	6.4
<b>Moderado</b>	46	7.7	117	19.6	117	19.6	280	47.0
<b>Severo</b>	30	5.0	141	23.7	107	18.0	278	46.6
<b>Subtotal</b>	82	13.7	273	45.8	241	40.5	596	100.0

Al considerar la frecuencia con que los adolescentes presentan los diferentes niveles de sintomatología depresiva por edad, tampoco aparecen diferencias estadísticamente significativas,  $\chi^2$  6.69,  $p = .15$ .

La falta de significación en cuanto a la sintomatología depresiva en los rangos de edad consignados podría estar relacionada con el hecho de que el inicio de tal malestar psicológico es más temprano (antes de los 13 años), y la leve disminución que reporta la literatura durante la adolescencia tardía, sería posterior a los 20 años.

#### **Principales características de la sintomatología depresiva en esta muestra:**

Al considerar las respuestas de los adolescentes frente a los ítem que evalúan sintomatología depresiva, en aquellos que tienen un mayor porcentaje de respuestas en la alternativa “la mayor parte del tiempo” (Niveles severos de SD), destacan las siguientes afirmaciones, que

corresponderían a las principales características que experimentan los adolescentes con alta sintomatología depresiva respecto a sí mismos: “Me he sentido muy cansado para hacer algunas cosas”, “Me ha costado concentrarme en lo que estaba haciendo”, “He dormido sin poder descansar”, “Me he sentido deprimido” y “Me he sentido triste”, las cuales corresponden al factor 1.- Síntomas Somáticos - depresivos. Respecto al factor 2.- Aislamiento Social, las afirmaciones que los describen preferentemente son “Me sentí solo” y “He hablado menos que de costumbre”. En cuanto al factor 3.- Afectos Positivos, se puede señalar que no han “Disfrutado de la vida” y que no se han “Sentido contentos”.

## **Objetivo Específico 2. “Describir las diferencias de género en los niveles de sintomatología depresiva que presentan los adolescentes de esta muestra”**

### **Presencia – Ausencia SD.-**

Al considerar la **presencia** de sintomatología depresiva a partir de la variable **género**, se observa que un 41.6% de las jóvenes y un 31% de los jóvenes sí presenta sintomatología depresiva. Estas diferencias de género resultan estadísticamente significativas  $\chi^2 = 22.305$ ,  $p = .00$ , es decir, las adolescentes presentan sintomatología depresiva en forma significativamente mayor que los adolescentes.

Concordante con lo anterior, un 9.7 % de las adolescentes y un 17.6 % de los adolescentes corresponden a la categoría **ausencia** de sintomatología depresiva.

Esto es semejante de lo descrito en otros países y anteriormente en Chile (Cumsille E.,P., y Martínez M.,L., 1997).

La siguiente tabla (TABLA 13) muestra la distribución en porcentajes de la presencia / ausencia de sintomatología depresiva según edad y género:

**TABLA 13: PRESENCIA/AUSENCIA SD SEGÚN EDAD Y GENERO**

<i>Edad</i>	12 – 13 años		14 – 15 años		16 – 19 años							
	<i>Genero</i>		<i>Genero</i>		<i>Genero</i>							
	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>						
<i>SD</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>						
<b>Presencia</b>	21	3.52	36	6.04	80	13.42	121	20.30	84	14.09	91	15.27
<b>Ausencia</b>	13	2.18	12	2.01	46	7.72	26	4.36	46	7.72	20	3.36
<b>Subtotales</b>	34	5.70	48	8.05	126	21.14	147	24.66	130	21.81	111	18.63

Como para calcular la significación estadística de las diferencias entre los grupos mediante  $\chi^2$  sólo se pueden considerar dos variables, se realizó esta operación para los hombres y luego, para las mujeres (TABLAS 14 y 15, respectivamente).

**TABLA 14: PRESENCIA/AUSENCIA SD EN HOMBRES, SEGÚN EDAD**

<i>Edad</i>	12 – 13 años		14 – 15 años		16 – 19 años		<b>Total</b>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<b>Presencia</b>	21	7,24	80	27.59	84	28.97	185	63.79
<b>Ausencia</b>	13	4.48	46	15.86	46	15.86	105	36.21
<b>Total</b>	34	11.72	126	42.45	150	44.83	290	100.00

Al examinar la submuestra de hombres (N = 290) y los diferentes rangos de edad, los resultados señalan que no hay diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la presencia/ausencia de sintomatología depresiva según la edad:  $\chi^2 .104$ ,  $p = .95$ .

**TABLA 15: PRESENCIA/AUSENCIA SD EN MUJERES, SEGÚN EDAD**

<i>Edad</i>	12 – 13 años		14 – 15 años		16 – 19 años		Total	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
<b>Presencia</b>	36	11.76	121	39.54	91	29.74	248	81.05
<b>Ausencia</b>	12	3.92	26	8.50	20	6.54	58	18.95
<b>Total</b>	48	15.69	147	48.04	111	36.27	306	100.00

Considerando la submuestra de mujeres (N = 306) y los distintos rangos de edad, se observa que tampoco existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a presencia/ausencia de sintomatología depresiva según la edad:  $\chi^2$  1.359,  $p = .507$ .

Al establecer los **niveles** de sintomatología depresiva por **género** (TABLA 16), al igual que al considerar la presencia/ausencia por género, se observan diferencias significativas en todos los niveles,  $\chi^2$  32.39,  $p = .00$ : Leve [  $\chi^2$  4.46,  $p = .03$ ], Moderado [ $\chi^2$  11.02,  $p = .00$ ] y Severo [ $\chi^2$  16.91,  $p = .00$ ]. En los hombres, la sintomatología depresiva es mayor a la de las mujeres en los niveles leve y moderado; en cambio, a niveles severos, la sintomatología depresiva es más frecuente en mujeres.

**TABLA 16: NIVELES DE SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA POR GÉNERO**

<i>Género</i>	Hombres		Mujeres		Total	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
<b>Leve</b>	25	4.19	13	2.18	38	6.38
<b>Moderado</b>	164	27.52	116	19.46	280	46.98
<b>Severo</b>	101	16.95	177	29.70	278	46.64
<b>Total</b>	290	48.66	306	51.34	596	100.00

Al explorar los **niveles** de sintomatología según los **grupos etáreos** y el **género** (TABLA 17), se observa que en los hombres hay diferencias significativas en cuanto a la edad [ $\chi^2$  11.65,  $p = .02$ ], y que la significación está dada en el nivel **Severo** de sintomatología depresiva [ $\chi^2$  6.36  $p = 0.04$ ].

En cambio en las mujeres, no aparecen diferencias significativas en cuanto a los niveles de sintomatología depresiva [ $\chi^2$  3.42  $p = .49$ ], en tanto presentan la misma frecuencia en todos los grupos de edad.

**TABLA 17: PORCENTAJES NIVELES DE SD SEGÚN GENERO Y EDAD**

<i>Edad</i>	<b>12 – 13 años</b>		<b>14 – 15 años</b>		<b>16 – 19 años</b>							
	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>						
<i>Nivel SD</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>						
<b>Leve</b>	2	0.34	4	0.67	10	1.68	5	0.84	13	2.18	4	0.67
<b>Moderado</b>	28	4.69	18	3.02	65	10.91	52	8.72	71	11.91	46	7.72
<b>Severo</b>	4	0.67	26	4.36	51	8.55	90	15.10	46	7.72	61	10.23
<b>Total</b>	34	5.70	48	5.33	126	21.14	147	24.66	130	21.81	111	18.62

Una vez establecida la frecuencia en que se da la Sintomatología Depresiva en esta muestra de adolescentes, así como evaluados los grados o niveles de severidad de esa sintomatología, a fin de proceder a los ANOVA, se consideró la variable SD como continua.

Para determinar las diferencias en el nivel promedio de la Sintomatología Depresiva que reportan los adolescentes según género y edad (TABLA 18), se utilizó Análisis de Varianza factorial. Los resultados indican que las diferencias de **género** resultan significativas,  $F$  28.00,  $p = .00$ , en cambio las diferencias de **edad**,  $F$  1.72,  $p = .18$ , y los **efectos de interacción**:  $F$  0.21,  $p = .81$  no lo son. **Las diferencias de género indican que las mujeres presentan mayor SD que los hombres, en todos los rangos de edad.**

**TABLA 18: SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA POR GÉNERO Y EDAD**

<i>Edad</i>	<i>Género</i>			<i>Mujeres</i>			<i>Total</i>		
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>
<b>12 – 13 años</b>	34	18.46	8.43	48	25.12	12.05	82	22.36	11.14
<b>14 – 15 años</b>	126	21.75	10.83	147	26.96	10.96	273	22.55	11.19
<b>16 – 19 años</b>	130	21.68	11.54	111	26.51	11.06	241	23.90	11.55
<b>Total</b>	290	21.33	10.93	306	26.50	11.15	596	23.99	11.33

Dado que en la presente investigación los resultados arrojan 3 factores que dan cuenta de la composición de la Escala de SD, interesa conocer como se comportan las diferencias de género en cada una de las subescalas: Síntomas Somáticos – depresivos (SSD), Aislamiento social (AS) y Afectos Positivos (AP).

Al considerar la **subescala de síntomas somáticos – depresivos** (TABLA 19), sólo se encuentran diferencias por género  $F 43.07, p = .00$ , por lo cual el patrón antes descrito se repite. No se manifiestan diferencias por Edad  $F 0.364, p = .695$ , ni efectos de interacción  $F 0.516, p = .597$  entre las variables.

**TABLA 19: SUBESCALA SINTOMAS SOMATICOS – DEPRESIVOS POR GÉNERO Y EDAD**

<i>Edad</i>	<i>Género</i>			<i>Mujeres</i>			<i>Total</i>		
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>
<b>12 – 13 años</b>	34	11.07	6.45	48	17.24	8.44	82	14.68	8.22
<b>14 – 15 años</b>	126	14.03	8.12	147	18.14	7.62	273	16.24	8.10
<b>16 – 19 años</b>	130	13.72	8.40	111	18.46	8.12	241	15.90	8.56
<b>Total</b>	290	13.54	8.10	306	18.11	7.92	596	15.89	8.32

Al analizar la **subescala de aislamiento social** (TABLA 20), se vuelven a dar únicamente diferencias por género  $F 17.75, p = .00$ . No se observan diferencias por edad  $F 0.364, p = .695$ , ni efectos de interacción  $F 0.703, p = .496$  edad y género.

**TABLA 20: SUBESCALA AISLAMIENTO SOCIAL POR GÉNERO Y EDAD**

<i>Edad</i>	<i>Género</i>			<i>Hombres</i>			<i>Mujeres</i>			<i>Total</i>		
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>
<b>12 – 13 años</b>	34	3.82	2.34	48	5.82	3.59	82	4.99	3.27			
<b>14 – 15 años</b>	126	4.53	3.38	147	5.71	3.61	273	5.16	3.54			
<b>16 – 19 años</b>	130	4.43	3.33	111	5.37	3.53	241	4.86	3.44			
<b>Total</b>	290	4.40	3.25	306	5.60	3.57	596	5.02	3.47			

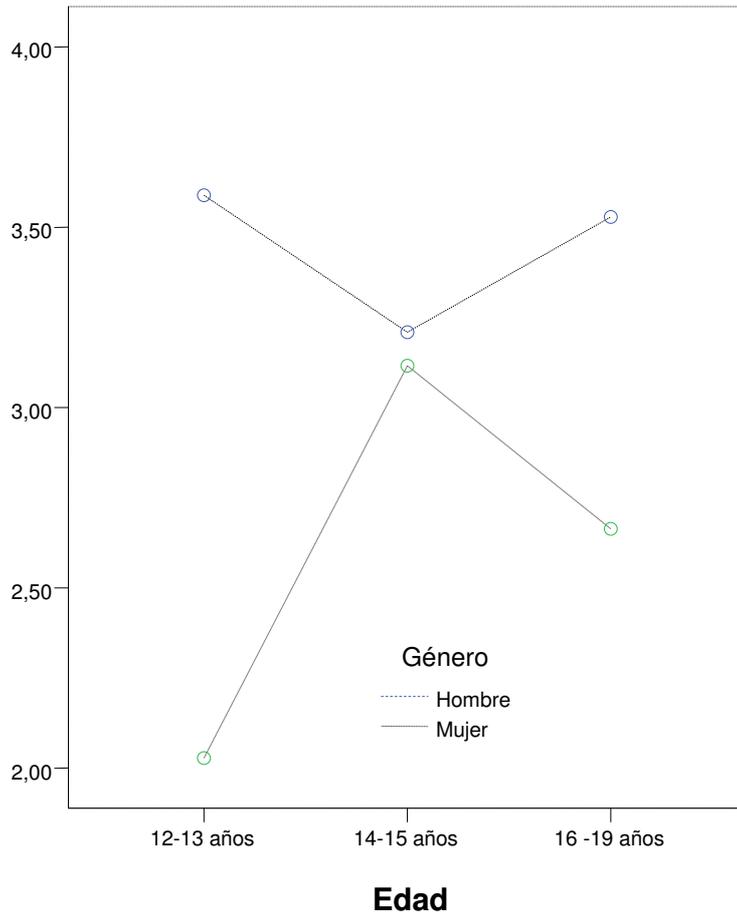
En cambio, al analizar la presencia de **afectos positivos** (TABLA 21), además de presentarse diferencias significativas por género  $F 10.88, p = .001$ , se observa un efecto de interacción género - edad  $F 2.80, p = .062$ , marginalmente significativo. La edad en sí,  $F 0.543, p = .581$ , no presenta diferencias significativas.

**TABLA 21: SUBESCALA AFECTOS POSITIVOS POR GÉNERO Y EDAD**

<i>Edad</i>	<i>Género</i>			<i>Hombres</i>			<i>Mujeres</i>			<i>Total</i>		
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>
<b>12 – 13 años</b>	34	3.59	2.98	48	2.03	2.22	82	2.67	2.66			
<b>14 – 15 años</b>	126	3.21	2.77	147	3.12	2.70	273	3.16	2.72			
<b>16 – 19 años</b>	130	3.53	2.89	111	2.66	2.31	241	3.13	2.67			
<b>Total</b>	290	3.40	2.84	306	2.78	2.51	596	3.08	2.69			

Tal como se aprecia en el gráfico (3), la adolescencia media parece constituir una edad crítica respecto al sentimiento de bienestar, tanto en los jóvenes (constituye el momento más alto de afectos positivos), como en las jóvenes (constituye el momento de menor afecto positivo).

**Gráfico 3: DIFERENCIAS SEGÚN GÉNERO Y EDAD EN LA SUBESCALA AFECTOS POSITIVOS (SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA)**



En términos generales, podemos afirmar que las mujeres reportan mayores afectos positivos que los hombres, así como mayores sentimientos depresivos. Ello podría relacionarse con que las mujeres suelen ser más expresivas que los hombres, más dispuestas a hablar de sus sentimientos que ellos. Esta afirmación podría sustentarse no solo en la construcción social de los roles de género, sino que en el dimorfismo cerebral. Varios estudios anatomopatológicos con cerebros de bebés demuestran que en el género femenino se desarrolla una mayor cantidad de conexiones neuronales tanto en el Núcleo Medio del Rafe como en el Núcleo Mayor del Rafe, entre los dos y los 150 días de nacidos (Cordero y otros, 2000; Cordero y otros, 2001).

Al realizar un análisis de los ítems de la Escala de Sintomatología Depresiva en cuanto a su capacidad para discriminar entre hombres y mujeres, se observa que los ítems 1: “Me molestaron cosas que usualmente no me molestan”, 4: “He sentido que era tan bueno como otras personas”, 9: “Pensé que mi vida había sido un fracaso”, 12: “Estaba contento” y 13: “Hablé menos de lo usual” no muestran patrones de frecuencia diferente por género en esta muestra.

A continuación (TABLA 22) se presentan los ítems que sí muestran un patrón diferente por género, ordenados en nivel descendente en cuanto a su capacidad para discriminar significativamente en 4, 3, 2 y 1 alternativas de respuesta.

**TABLA 22: CAPACIDAD DE DIFERENCIAR POR GÉNERO, SEGÚN ÍTEM**

Item		Cantidad de tiempo								
		Rara Vez		Algunas		Ocasional-		La mayor		
		o		o		mente		parte del		
		Nunca	Pocas Veces					tiempo		
		$\chi^2$ Gal.	$\chi^2$	<i>p.</i>	$\chi^2$	<i>p.</i>	$\chi^2$	<i>p.</i>	$\chi^2$	<i>p.</i>
6.-	Deprimido	46.29	18.42	.00**	3.77	.05*	4.70	.03*	19.41	.00**
7.-	Cansado	31.60	9.75	.00**	2.95	.09	3.85	.05†	15.05	.00**
10.-	Temeroso	30.32	9.58	.00**	0.61	.44	10.51	.00**	9.63	.00**
20.-	Hacer cosas	23.96	10.37	.00**	1.59	.21	6.99	.01**	5.01	.03*
18.-	Triste	48.48	17.77	.00**	3.98	.05*	0.09	.77	26.65	.00**
3.-	Bajoneado	21.95	11.76	.00**	0.44	.51	0.16	.69	9.60	.00**
5.-	Concentrarse	26.60	14.19	.00**	3.08	.08	0.27	.60	9.07	.00**
11.-	Dormido sin	26.75	14.02	.00**	0.00	.98	0.92	.34	11.81	.00**
14.-	Sentido solo	22.87	6.09	.01**	1.77	.18	3.00	.08	12.02	.00**
15.-	Poco amisto	20.45	6.73	.01**	0.36	.55	0.31	.58	13.05	.00**
8.-	Esperanzado	14.66	5.48	.02*	6.33	.01**	0.31	.58	2.54	.11
2.-	Ganas comer	14.52	6.58	.01**	0.71	.40	0.10	.75	7.13	.01**
19.-	No le gusta	12.61	3.61	.06	0.32	.57	0.11	.74	8.58	.00**
16.-	Disfrutado	8.65	0.55	.46	2.22	.14	0.76	.38	5.11	.02*

\*\*  $p \leq .01$ ; \*  $p \leq .05$ ; †  $p \leq .10$

Tal como se desprende de la tabla 22, la mayoría de los ítems del cuestionario empleado discriminan bien por género en los extremos, es decir, cuando los jóvenes experimentan la sintomatología depresiva la mayor parte del tiempo, o cuando prácticamente no han vivenciado síntomas depresivos.

Previo a contrastar las hipótesis siguientes se realizó un análisis de correlaciones bivariadas de las variables en estudio (Tabla 23):

**TABLA 23: CORRELACIONES BIVARIADAS DE LAS VARIABLES EN ESTUDIO**

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. SD	1	-.300**	-.514**	.187**	-.200**	.555**	.133*	.014
2. AS		1	.535**	.000	.188**	-.197**	-.032	-.055
3. SA			1	-.149**	.289**	-.250**	-.156*	.002
4. EE				1	-.217**	.058	.425**	.059
5. AM					1	-.070	-.030	-.123**
6. SD M1						1	.090**	-.023
7. EE M1							1	-.019
8. Edad								1

Nota: Las correlaciones entre las variables fueron estimadas sobre un N= 596 cuando éstas correspondieron a la evaluación M2, y sobre un N=260 cuando se estiman las correlaciones de variables entre ambas mediciones (M1 y M2).

\*\*  $p \leq ,01$ ; \*  $p \leq ,05$

Tal como se desprende de la tabla anterior (TABLA 23), la Sintomatología Depresiva (SD) presente al momento de la evaluación (Medición 2, M2), está correlacionada de modo positivo y alto con los síntomas ansioso-depresivos pre-existentes (SAD Medición 1, M1), con la presencia de Eventos Estresantes (EE) ocurridos durante los últimos 6 meses, y, en menor medida, con los Eventos Estresantes que los jóvenes reportaron con 12 meses de anticipación (EE M1). A la vez, se observa una correlación negativa alta entre la Sintomatología Depresiva (SD) presente al

momento de la evaluación con los Sentimientos de Autoeficacia (SA), el Apoyo Social (AS) y el Apoyo Materno (AM) percibido.

Por otra parte, se encuentran correlaciones positivas y altas entre los Sentimientos de Autoeficacia (SA) , el Apoyo Social (AS) y el Apoyo Materno (AM) percibido. En cambio, la correlación entre SA y Eventos Estresantes acontecidos en los últimos 6 meses es negativa y alta, y con los Eventos estresantes de hace 12 meses atrás también es negativa, pero de menor significación.

Los Eventos Estresantes de los últimos 6 meses aparecen en correlación alta y positiva con los Eventos Estresantes de los 6 meses previos, a la vez que su correlación con el Apoyo Materno también es alta, pero negativa. Los Eventos Estresantes de los últimos 6 meses no están correlacionados con el Apoyo Social ni con la Sintomatología ansioso-depresiva reportada con 6 meses de anticipación.

La Edad sólo se correlaciona positivamente con el Apoyo Materno, hallazgo ya reportado con anterioridad.

**Objetivo Específico 3. “Establecer el peso específico de cada variable (Eventos Estresantes, Sentimientos de Autoeficacia, Apoyo Materno y Apoyo Social) como predictores de la Sintomatología Depresiva en los y las adolescentes, con 6 y 12 meses de anticipación”.**

Para el desarrollo de este objetivo se consideran inicialmente los casos que poseen mediciones previas de sintomatología ansioso - depresiva y eventos estresantes tomadas 6 meses antes (Medición 1, octubre 2002), reduciéndose el tamaño muestral a 260 jóvenes, 116 mujeres y 114 hombres, con el objeto de controlar los efectos asociados a los síntomas ansiosos y depresivos presentados con 6 meses de anticipación y los eventos estresantes experimentados con 12 meses de anterioridad, sobre el nivel actual de sintomatología depresiva.

Se realizó un análisis de regresión múltiple, a partir del modelo que considera las variables de control ya mencionadas y los predictores en estudio, sin considerar la variable género. Tal como se desprende de la tabla 24, el modelo da cuenta del 53% de la varianza de la variable dependiente, Sintomatología Depresiva; tanto los predictores Síntomas ansioso - depresivos

medidos con 6 meses de anticipación, los Sentimientos de Autoeficacia y los Eventos estresantes vividos en los últimos 6 meses predicen significativamente el nivel de sintomatología depresiva de los adolescentes (Medición 2). En cambio, los Eventos Estresantes experimentados con anterioridad (12 meses antes, Medición 1), el Apoyo social y el Materno no predicen significativamente el nivel de Sintomatología Depresiva de los adolescentes por sobre lo que aportan los otros predictores, lo que podría deberse a la correlación que muestran estos predictores entre si.

**TABLA 24: MODELO PREDICTIVO GENERAL LONGITUDINAL DE SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA (M1 y M2)**

	<i>b</i>	<i>SE b</i>	$\beta$	$R^2$
<b>S. Depresivos M1</b>	1.492	.152	.438**	
<b>Eventos E. M1</b>	- .119	.246	- .023	
<b>S. Autoeficacia M2</b>	- .497	.078	- .373**	
<b>Apoyo social M2</b>	- .433	.314	- .077	
<b>Apoyo Materno M2</b>	- .019	.107	- .009	
<b>Eventos Estresantes M2</b>	.732	.222	.161*	.53 **

b = Coeficiente de regresión; SE b = error del coeficiente de regresión,  $\beta$  = coeficiente de regresión estandarizado,  $R^2$  = varianza explicada por el modelo.

N= 260, \*\*  $p < .001$

El predictor de mayor peso del nivel de Sintomatología Depresiva de los jóvenes es la presencia de Síntomas ansioso - depresivos con 6 meses de anticipación: mientras más síntomas presentaban en la medición anterior, mayor es la sintomatología actual. En segundo lugar se encuentran los Sentimientos de Autoeficacia, los que operan inversamente: a mayor percepción de la propia eficacia en los jóvenes, el nivel de Sintomatología Depresiva disminuye. Finalmente, los Eventos Estresantes vividos seis meses antes predicen la Sintomatología Depresiva en forma directa: a mayor cantidad de Eventos Estresantes vividos, aumenta la Sintomatología Depresiva evaluada en la última medición, siendo su peso inferior a los predictores anteriormente señalados.

Al controlar los predictores provenientes de primera medición (M1, realizada 6 meses antes) Eventos Estresantes M1 y Síntomas Ansiosos y Depresivos M1, los Sentimientos de Autoeficacia ( $p = .000$ ) y los Eventos Estresantes experimentados en los 6 meses previos a esta investigación ( $p = .001$ ), resultan significativos para explicar la Sintomatología Depresiva.

Para analizar si el género de los adolescentes diferencia en los niveles de sintomatología depresiva y en las pendientes de la línea de regresión de los predictores respecto de la variable dependiente en estudio se recurrió nuevamente a la muestra total ( $N = 596$ ), dejando de lado las variables predictoras Sintomatología Ansioso – depresiva evaluada con 6 meses de anticipación (SAD M1) y Eventos Estresantes con 12 meses de anterioridad (EE M1), dado que no se recomienda probar efectos de interacción con grupos muestrales de tamaño pequeño (Aiken y West, 1991).

El análisis de regresión múltiple con interacción se realizó siguiendo el procedimiento recomendado por Aiken y West (op.cit)<sup>4</sup>. Los resultados del modelo inicial, que contiene tanto los efectos principales como la totalidad de los componentes de interacción se muestra en la Tabla 1 del ANEXO 9, dan cuenta del 34,4 % de la varianza de la Sintomatología Depresiva.

Los resultados indican que no hay interacciones significativas entre los predictores estudiados, pero sí un efecto principal de la variable género; por ello un modelo más simple y adecuado contiene sólo los efectos principales<sup>5</sup>, incluyendo el género de los adolescentes, el cual se detalla en la siguiente tabla (25):

**TABLA 25: MODELO PREDICTIVO GENERAL TRANSVERSAL a) DE SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA, INCLUYENDO GENERO \* (sólo M 2)**

	<i>b</i>	<i>SE b</i>	$\beta$	$R^2$
<b>Género</b>	4.442	.777	.196**	
<b>S. Autoeficacia</b>	-0.607	.059	-.435**	
<b>Apoyo social</b>	-0.406	.239	-.069	
<b>Apoyo Materno</b>	-0.067	.081	-.030	
<b>Eventos Estresantes</b>	0.522	.157	.117**	.317

*b* = Coeficiente de regresión; *SE b* = error del coeficiente de regresión,  $\beta$  = coeficiente de regresión estandarizado,  $R^2$  = varianza explicada por el modelo.

$N = 596$  \*\*;  $p < .001$

Este modelo da cuenta de 31.7 % de la varianza de la sintomatología depresiva, y en forma coherente con el anterior, los predictores Sentimientos de Autoeficacia y Eventos Estresantes son significativos. Adicionalmente, la variable género de los adolescentes tiene un valor predictivo sobre el nivel de síntomas depresivos de los adolescentes: el género femenino se asocia a mayor nivel de sintomatología depresiva en adolescentes.

Para evaluar el posible efecto de la edad como predictor de la sintomatología depresiva, se puso a prueba un tercer modelo predictivo (Tabla 26):

**TABLA 26: MODELO PREDICTIVO GENERAL TRANSVERSAL b) DE SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA, INCLUYENDO EDAD <sup>6</sup> (sólo M 2)**

	<i>b</i>	<i>SE b</i>	$\beta$	<i>R</i> <sup>2</sup>
<b>Edad</b>	.016	.280	.002	
<b>S. Autoeficacia</b>	-.647	.060	-.464**	
<b>Apoyo social</b>	-.269	.245	-.046	
<b>Apoyo Materno</b>	-.074	.084	-.033	
<b>Eventos Estresantes</b>	.491	.161	.110**	.274

b = Coeficiente de regresión; SE b = error del coeficiente de regresión,  $\beta$  = coeficiente de regresión estandarizado, *R*<sup>2</sup> = varianza explicada por el modelo.  
*N* = 596 \*\*, *p* < .001

Al igual que en el modelo anterior, la Sintomatología Depresiva se explica fundamentalmente a partir de los Sentimientos de Autoeficacia y la presencia de Eventos Estresantes; la edad no resulta ser un predictor significativo.

En conclusión se rechaza la Hipótesis 1, que plantea que “la interacción entre eventos estresantes, apoyo materno, apoyo social y sentimientos de autoeficacia predicen la presencia de sintomatología depresiva para ambos géneros”.

En estricto rigor, a la vez, se rechaza la Hipótesis 2, que plantea que “los factores predictores de la sintomatología depresiva en la adolescencia (Eventos Estresantes, Apoyo Materno, Apoyo

Social y Sentimientos de Autoeficacia), tienen un peso diferente según el género y la edad”, dado que no se presentan interacciones entre el género o la edad con estas variables.

Sin embargo, el Género, los Sentimientos de Autoeficacia y los Eventos Estresantes sí son predictores significativos de la Sintomatología Depresiva, y tienen un peso específico en este modelo, siendo el más importante los Sentimientos de Autoeficacia.

**Objetivo Específico 4. “Estudiar el efecto del Apoyo Materno y el Apoyo Social frente a los Eventos Estresantes en relación a la Sintomatología Depresiva en los y las adolescentes”**

Para analizar este objetivo se consideró nuevamente el total de la muestra (N = 596), por las razones ya explicadas. Se realizó un segundo análisis de regresión múltiple con interacción, siguiendo el mismo procedimiento recomendado por Aiken & West (1996). Los resultados del modelo inicial, que contiene tanto los efectos principales como la totalidad de los componentes de interacción se muestra en el ANEXO 9 (Tabla 3), dan cuenta del 19,9 % de la varianza de los Sintomatología Depresiva.

Los resultados indican que no hay interacciones significativas entre los predictores estudiados, por ello un modelo más simple y adecuado contiene solo los efectos principales de los predictores considerados (TABLA 27):

**TABLA 27: MODELO PREDICTIVO ESPECIFICO a) DE SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA, INCLUYENDO APOYO SOCIAL, APOYO MATERNO, EVENTOS ESTRESANTES y GÉNERO <sup>7</sup>**

	<i>b</i>	<i>SE b</i>	$\beta$	<i>R</i> <sup>2</sup>
<b>Género</b>	5.393	.838	.238**	
<b>Apoyo Social</b>	-1.703	.221	-.290**	
<b>Apoyo Materno</b>	-.229	.087	-.102*	
<b>Eventos Estresantes</b>	.744	.169	.167**	.193

b = Coeficiente de regresión; SE b = error del coeficiente de regresión,  $\beta$  = coeficiente de regresión estandarizado, *R*<sup>2</sup> = varianza explicada por el modelo.  
N= 596 ; \*\* *p* < .001, \* *p* < .01

Este modelo da cuenta de 19,3 % de la varianza de la Sintomatología Depresiva, e indica que contar con mayor Apoyo Social y con Apoyo Materno se asocia a menor Sintomatología Depresiva; en cambio la vivencia de Eventos Estresantes se traduce en una mayor sintomatología, al igual que pertenecer al género femenino.

Al comparar este modelo con el anterior, se evidencia que al no incluir el predictor Sentimientos de Autoeficacia, las variables Apoyo Social y Apoyo Materno predicen significativamente el nivel de Sintomatología Depresiva del adolescente.

Estos últimos resultados conllevan a revisar la Hipótesis 3, que plantea que “El Apoyo Materno y el Apoyo Social disminuyen el impacto de los Eventos Estresantes, aminorando la Sintomatología Depresiva, con un efecto más notable en las adolescentes”, y a aceptarla sólo parcialmente: efectivamente el Apoyo Social y el Apoyo Materno disminuyen el impacto de los Eventos Estresantes, sin embargo no se encontró una diferencia significativa por género.

#### **Objetivo Específico 5.- “Describir el efecto de los Sentimientos de Autoeficacia frente a los Eventos Estresantes en relación a la Sintomatología Depresiva en los y las adolescentes”**

Para analizar este objetivo se realizó un tercer análisis de regresión múltiple con interacción, utilizando el procedimiento ya citado, contemplando la totalidad de la muestra. Los resultados del modelo inicial, que contiene tanto los efectos principales como la totalidad de los componentes de interacción (Ver Anexo 9, Tabla 4), dan cuenta del 31.5 % de la varianza de la Sintomatología Depresiva.

Los resultados indican que no hay interacciones significativas entre los predictores estudiados, por ello un modelo más simple y adecuado contiene sólo los efectos principales de los predictores considerados (ver TABLA 28)

**TABLA 28: MODELO PREDICTIVO ESPECÍFICO b) DE SINTOMATOLOGIA  
DEPRESIVA, INCLUYENDO SENTIMIENTOS DE AUTOEFICACIA, EVENTOS  
ESTRESANTES Y GÉNERO**

	<i>b</i>	<i>SE b</i>	$\beta$	<i>R</i> <sup>2</sup>
<b>Genero</b>	4.317	.775	.191**	
<b>Sentimientos Autoeficacia</b>	-0.672	.048	-.048**	
<b>Eventos Estresantes</b>	0.519	.153	.117**	.313

b = Coeficiente de regresión; SE b = error del coeficiente de regresión,  $\beta$  = coeficiente de regresión estandarizado,  $R^2$  = varianza explicada por el modelo.

\*\*  $p < .001$

El modelo total da cuenta de 31.3 % de la varianza de los síntomas depresivos. Este modelo indica que el percibirse a si mismo como eficaz se asocia a menor sintomatología depresiva; en cambio la vivencia de eventos estresantes se traduce en una mayor sintomatología, al igual que el ser mujer.

Este objetivo está en relación con la Hipótesis 4 de esta investigación, que plantea que “Los Sentimientos de Autoeficacia disminuyen el impacto de los Eventos Estresantes, aminorando la Sintomatología Depresiva, con un efecto más notable en los adolescentes”. Al respecto, la hipótesis se acepta parcialmente, en tanto los Sentimientos de Autoeficacia disminuyen el impacto de los Eventos Estresantes, aminorando la Sintomatología Depresiva; sin embargo, su efecto es igual para ambos géneros.

Dado que no se comprobaron los efectos de interacción propuestos, se decidió explorar un modelo alternativo, de naturaleza mediacional, que se expone a continuación:

**Proposición: Modelo Mediacional.**

Finalmente, considerando los resultados de los diversos análisis realizados se propone un modelo alternativo de tipo mediacional, que plantea que la relación entre apoyo parental y la menor sintomatología depresiva de los adolescentes está mediado por los sentimientos de autoeficacia que ellos presentan; similar situación ocurriría con la relación entre apoyo social y sintomatología depresiva. Para ello se contrastaron dos modelos mediacionales, siguiendo los planteamientos de Baron y Kelly (1986).

Siguiendo sus postulados, se realizaron 3 ecuaciones de regresión diferentes. En primera instancia se contrasta el efecto del predictor en estudio, en este caso, apoyo materno, sobre los síntomas depresivos, obteniéndose un coeficiente de regresión estandarizado de -0.200 (TABLA 29, Paso 1). En segunda instancia se regresa la variable apoyo materno en el mediador, para contrastar la relación entre ellas, obteniéndose un coeficiente de regresión estadísticamente significativo; lo que indica que aumento en el nivel de apoyo materno del adolescente se asocian a un mayor sentimiento de autoeficacia (TABLA 29, Paso 2). En el tercer paso, se regresa tanto el predictor como el mediador sobre los síntomas depresivos y se evalúa el cambio en el coeficiente de regresión del primero y su significación (TABLA 29, Paso 3).

**TABLA 29: MODELO MEDIACIONAL a) EN LA RELACIÓN ENTRE MAYOR APOYO MATERNO Y MENOR SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA, LOS SENTIMIENTOS DE AUTOEFICACIA CONSTITUYEN UN MEDIADOR**

	<i>b</i>	<i>SE b</i>	$\beta$	$R^2$
Paso 1 <sup>a</sup> :				
<b>Apoyo Materno</b>	-0.448	0.090	-0.200**	.040
Paso 2 <sup>b</sup> :				
<b>Apoyo Materno</b>	0.465	0.063	0.289**	.083
Paso 3 <sup>a</sup> :				
<b>Apoyo Materno</b>	-0.125	0.082	-0.056	
<b>Sentimientos de Autoeficacia</b>	-0.695	0.051	-0.498**	0.267

<sup>a</sup>Variable dependiente: síntomas depresivos; <sup>b</sup> Variable dependiente: Sentimientos de Autoeficacia  
*b* = Coeficiente de regresión; *SE b* = error del coeficiente de regresión,  $\beta$  = coeficiente de regresión estandarizado,  $R^2$  = varianza explicada por el modelo.

\*\*  $p < .001$

Estos resultados prueban una mediación parcial, ya que al ingresar tanto el mediador de sentimientos de autoeficacia y el predictor de apoyo materno, el coeficiente de regresión de este último deja de ser significativo, pasando su coeficiente de regresión de -0.200,  $p. = .000$  en el efecto directo, a -0.056,  $p. = .129$  en el modelo mediado, por lo tanto son los sentimientos de

autoeficacia (coeficiente de regresión -0.498,  $p=.000$ ) los que dan cuenta de la relación apoyo materno y síntomas depresivos adolescentes.

Para contrastar el efecto mediacional del **apoyo social**, se siguió el mismo procedimiento. En primera instancia se contrastó el efecto del predictor apoyo social, sobre los síntomas depresivos, obteniéndose un coeficiente de regresión estandarizado de -0.300 (TABLA 30, Paso 1). En segunda instancia se regresa la variable apoyo social en el mediador, para contrastar la relación entre ellas, obteniéndose un coeficiente de regresión estadísticamente significativo; lo que indica que aumento en el nivel de apoyo social del adolescente se asocian a un mayor sentimiento de autoeficacia (TABLA 30, Paso 2). En el tercer paso, se regresa tanto el predictor como el mediador sobre los síntomas depresivos y se evalúa el cambio en el cambio en el coeficiente de regresión del primero y su significación (TABLA 30, Paso 3).

**TABLA 30: MODELO MEDIACIONAL b) EN LA RELACIÓN ENTRE MAYOR APOYO SOCIAL Y MENOR SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA, LOS SENTIMIENTOS DE AUTOEFICACIA CONSTITUYEN UN MEDIADOR**

	<i>b</i>	<i>SE b</i>	$\beta$	$R^2$
Paso 1 <sup>a</sup>				
<b>Apoyo Social</b>	-1.762	0.230	-0.300**	.090
Paso 2 <sup>b</sup>				
<b>Apoyo Social</b>	2.252	0.146	0.535**	.286
Paso 3 <sup>a</sup>				
<b>Apoyo Social</b>	-0.206	0.245	-0.035	
<b>Sentimientos de Autoeficacia</b>	-0.691	0.058	-0.496**	0.265

<sup>a</sup>Variable dependiente: Síntomas Depresivos; <sup>b</sup>Variable dependiente: Sentimientos de Autoeficacia  
*b* = Coeficiente de regresión; *SE b* = error del coeficiente de regresión,  $\beta$  = coeficiente de regresión estandarizado,  $R^2$  = varianza explicada por el modelo.

Estos resultados prueban una mediación parcial, ya que al ingresar tanto el mediador de sentimientos de autoeficacia y el predictor de apoyo social, el coeficiente de regresión de este último deja de ser significativo, pasando su coeficiente de regresión de -0.300,  $p. = .000$  en el efecto directo, a -0.035,  $p.= .400$  en el modelo mediado, por lo tanto son los sentimientos de

autoeficacia (coeficiente de regresión  $-0.496$ ,  $p.= .000$ ) los que dan cuenta de la relación apoyo social y síntomas depresivos adolescentes.

A partir de estos resultados se puede afirmar que, en relación a esta muestra, tanto el Apoyo Materno como el Apoyo Social actúan sobre los Sentimientos de Autoeficacia, y son estos los que aminoran la presencia de Sintomatología Depresiva en los y las adolescentes.

## **8.- SÍNTESIS, CONCLUSIONES Y PROYECCIONES**

Tal como se describió en el capítulo anterior, las hipótesis planteadas respecto a la Sintomatología Depresiva en la adolescencia, centradas en los efectos de interacción (Género, Edad, Eventos Estresantes, Apoyo Materno, Apoyo Social y Sentimientos de autoeficacia) fueron rechazadas.

Dado que los efectos de interacción esperados no se obtuvieron, surgen una serie de preguntas en torno a:

- la conveniencia de intentar explicar la sintomatología depresiva en los y las adolescentes a partir de la interacción de variables
- las edades contempladas en este estudio (al parecer, las diferencias de género se instalan antes de los 12 – 13 años, al menos en esta muestra; o bien, podrían estar dadas por aspectos genéticos).
- las variables no consideradas (como por ejemplo, la presencia de depresión en los padres)

En el análisis transversal, el predictor más poderoso de la presencia de Sintomatología Depresiva en la adolescencia, después del género, son los Sentimientos de Autoeficacia: mayores Sentimientos de Autoeficacia predicen menores niveles de Sintomatología Depresiva. Le sigue la presencia de Eventos Estresantes: a mayor cantidad de Eventos Estresantes reportados, mayor es la Sintomatología Depresiva. Ambas variables dan cuenta del 34,4 % de la varianza de la Sintomatología Depresiva.

Dado que no se encontraron efectos de interacción entre las variables, y algunas de ellas (Género, Sentimientos de Autoeficacia y Eventos Estresantes) son buenos predictores, se plantea que hay factores independientes (que pueden estar parcialmente correlacionados aunque sus efectos sobre

los síntomas depresivos sean principalmente independientes), que están actuando. Otra explicación posible sería que la correlación entre estos factores no sea lineal.

Estos hallazgos son válidos tanto para las mujeres como para los varones, por lo que se puede concluir que, en esta muestra, la presencia de Sintomatología Depresiva se relaciona con bajos Sentimientos de Autoeficacia y un alto número de Eventos Estresantes. Los bajos Sentimientos de Autoeficacia implican experiencias reiterativas de fracaso, sentimientos de incapacidad e impotencia, inseguridad personal, baja autoestima, aspectos del mundo interno que se traducen en vulnerabilidad frente a la emergencia de sintomatología depresiva. A la vez, conllevan a la pasividad frente a los desafíos y obstáculos de la vida, y al aislamiento en las relaciones interpersonales, lo cual también aumenta la probabilidad de experimentar síntomas depresivos.

Entonces, se puede afirmar que el modelo elaborado a través de esta investigación, si bien no da cuenta de las diferencias de género y de edad en la Sintomatología Depresiva de esta muestra, sí representa una aproximación comprensiva frente a la presencia de esta sintomatología. Al realizar el análisis de regresión múltiple incluyendo las variables de ambas mediciones (1 y 2), el modelo da cuenta del 53% de la varianza de la variable dependiente, Sintomatología Depresiva. Los Síntomas Ansioso - depresivos medidos con 6 meses de anticipación, los Sentimientos de Autoeficacia y los Eventos Estresantes vividos en los últimos 6 meses predicen significativamente el nivel de Sintomatología Depresiva de los adolescentes (Medición 2). En cambio, los Eventos Estresantes experimentados con anterioridad (12 meses antes, Medición 1), el Apoyo Social y el Materno no predicen significativamente el nivel de Sintomatología Depresiva de los adolescentes por sobre lo que aportan los otros predictores, lo que podría deberse a la correlación que muestran estos predictores entre sí.

Al explorar un modelo mediacional, se observa que los Sentimientos de Autoeficacia constituirían un mediador tanto entre el Apoyo Materno como el Apoyo Social, frente a la Sintomatología Depresiva. Los Sentimientos de Autoeficacia aumentan en la medida en que los y las jóvenes cuentan con mayor Apoyo Materno y mayor Apoyo Social.

El modelo propuesto no da cuenta de las diferencias de género en Sintomatología Depresiva. Ello podría relacionarse con el hecho de que, al analizar inicialmente cada una de las variables predictoras (Sentimientos de Autoeficacia, Apoyo Social, Apoyo Materno y Eventos Estresantes) según género y edad, prácticamente no se encontraron diferencias significativas por

género, por edad, ni por interacción género-edad. Las únicas diferencias que aparecen son: a mayor edad, menor Apoyo Materno, y en la clasificación de los Eventos Estresantes (ninguno/pocos/ medios/muchos), en la categoría “medios” (de 4 a 6 sucesos) se presenta una diferencia por género: las mujeres reportan significativamente más eventos estresantes de nivel medio que los hombres. A partir de lo anterior, desde una perspectiva general, se puede afirmar que tanto los como las adolescentes de esta muestra experimentan en igual monto Sentimientos de Autoeficacia, Apoyo Social, Apoyo Materno y Eventos Estresantes. Ello contradice planteamientos de investigaciones previas, y podría estar en relación a la cada vez mayor flexibilidad y menor tipificación en los roles de género. Por otra parte, la edad no determina cambios en los Sentimientos de Autoeficacia, en el Apoyo Social percibido, ni en los Eventos Estresantes experimentados; sólo la percepción del Apoyo Materno varía a lo largo del desarrollo, siguiendo pautas evolutivas: a mayor edad, menor Apoyo Materno.

En cuanto a los objetivos propuestos, se cumplieron en tanto se describen los niveles de sintomatología depresiva que presenta esta muestra de adolescentes chilenos y algunas de las diferencias de género encontradas; se logró establecer el valor predictivo conjunto de los Sentimientos de Autoeficacia y los Eventos Estresantes. A mayor presencia de Sentimientos de Autoeficacia, menor Sintomatología Depresiva; a mayor cantidad de Eventos Estresantes, mayor Sintomatología depresiva. A su vez, al considerar específicamente el Apoyo Materno o Social percibido (Modelo Mediacional), en relación a los Sentimientos de Autoeficacia, se encontró que los Sentimientos de Autoeficacia tendrían un rol mediador entre el Apoyo percibido (materno y social) y la Sintomatología Depresiva: a mayor Apoyo Materno y Social, mayores Sentimientos de Autoeficacia y menor Sintomatología Depresiva.

Respecto a la Sintomatología Depresiva en la muestra total, un 72.7% sí evidencia algún grado de sintomatología depresiva. Esta cifra es superior a cualquiera de las encontradas en la bibliografía revisada, como resultado de investigaciones respecto a la prevalencia de sintomatología depresiva. Podría explicarse en términos del constante aumento de la prevalencia de sintomatología depresiva en los últimos años, así como desde los sentimientos depresivos propios de la etapa evolutiva.

Los adolescentes que presentan niveles severos de SD señalan como principales síntomas cansancio, dificultades de concentración, sueño no reparador, sentimientos depresivos y de tristeza, todos correspondientes a síntomas somáticos- depresivos. Respecto al aislamiento social

que caracteriza la sintomatología depresiva, estos jóvenes plantean que se sienten solos y hablan menos que de costumbre. Describen falta de afectos positivos, en términos de que no disfrutaban de la vida y no se sienten contentos.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas a partir del género ( $\chi^2$  22.305,  $p = .00$ ): un 41.6% de las jóvenes y un 31% de los jóvenes presentan sintomatología depresiva, concordante con lo reportado en prácticamente todos los estudios de sintomatología depresiva en adolescentes, realizados tanto en Chile como en el extranjero. Las diferencias de género se mantienen al analizar los diferentes grados de sintomatología depresiva (leve, moderada y severa), con ciertas particularidades: en los hombres, la sintomatología depresiva es mayor a la de las mujeres en los niveles leve y moderado; en cambio, a niveles severos, la sintomatología depresiva es más frecuente en mujeres.

El trabajo realizado también aporta información acerca de esta muestra de adolescentes respecto a los Eventos Estresantes. Del total de los y las adolescentes, un 6.71% reportan no haber experimentado evento estresante alguno durante los últimos seis meses. En cambio, un 50.00% de los jóvenes reporta haber experimentado pocos eventos estresantes, un 32.55 % señala haber vivido una cantidad media de sucesos significativos, y un 10.74 % de ellos refiere haber sufrido muchos eventos estresantes, lo cual implica que un 93.29 % de los jóvenes (mujeres y varones) sí vivenciaron algún hecho de carácter estresante.

Los Eventos Estresantes reportados con mayor frecuencia por estos adolescentes aluden a problemas económicos familiares, a ser molestados en el colegio y a inicio o término de una relación amorosa. Estos sucesos dejan de manifiesto la relevancia del ingreso familiar, de sus relaciones con pares y de sus primeras relaciones amorosas, temáticas propias de la adolescencia, en tanto etapa de mayor contacto con la realidad, en la que la aceptación del grupo de pares es fundamental, y se inician las relaciones de pareja. Los acontecimientos referidos en menor medida son: situaciones de convivencia familiar (muerte de un progenitor, separación de los padres, nuevas parejas de los padres), suspensión del colegio y temor a un posible embarazo adolescente.

Las diferencias de género aparecen en el análisis cualitativo de los ítems: los hombres están más expuestos a comenzar a trabajar, a ser suspendidos en el colegio, a la enfermedad o muerte de algún amigo cercano y a no poder ingresar a clubes deportivos o actividades de su interés. Ello podría relacionarse con el rol social masculino de proveedor y con la tendencia a presentar más

conductas externalizadoras (mala conducta escolar, accidentes) que las mujeres, así como con una importante necesidad de pertenencia a grupos de interés.

La presente investigación también aporta en el ámbito de la medición, a partir de los instrumentos aplicados y sus características psicométricas. Se puede afirmar que la Escala de Sintomatología Depresiva (versión adaptada del CES-D argentino) cuenta con las características necesarias de validez (síntomas Somáticos-depresivos, Aislamiento Social y Afectos Positivos explican un 45.00% de la varianza total) y confiabilidad interna (alfa de Cronbach igual a 0.88). El análisis de ítems indica que la mayoría de ellos discriminan bien por género en los extremos, es decir, cuando los jóvenes experimentan la sintomatología depresiva la mayor parte del tiempo, o cuando prácticamente no han vivenciado síntomas depresivos. Entonces, este cuestionario puede ser utilizado tanto para nuevas investigaciones como para detectar tempranamente la presencia de Sintomatología Depresiva en la población general adolescente, a fin de contribuir a un diagnóstico temprano y posibilitar intervenciones, ya sea a nivel individual, familiar o psicosocial.

Las escalas que evaluaron Apoyo Materno y Sentimientos de Autoeficacia, también contaron con buenos índices de confiabilidad (alfa de Cronbach igual a 0.89 y 0.85, respectivamente).

En cambio, la escala de Apoyo Social mostró una consistencia interna menor (alfa de Cronbach igual a 0.50), lo cual podría deberse a que estaba constituida por sólo 3 ítems, por lo cual se sugiere ampliarla y volver a probar sus características psicométricas.

Investigaciones recientes plantean la relevancia de evaluar los Sentimientos de Autoeficacia a partir de dominios o áreas específicas: rendimiento académico, competencias sociales con pares, autonomía frente a los padres, y otros. La eficacia personal no es una disposición global descontextualizada. Es un fenómeno multifacético. Un alto sentido de autoeficacia en un dominio no se acompaña necesariamente de alta autoeficacia en otras esferas. Por esto, para que las medidas de autoeficacia logren un mayor poder explicativo y predictivo, es necesario que estén ajustadas a los dominios de funcionamiento y que representen gradaciones de las demandas de las tareas dentro de esos dominios. Esto requiere de una clara definición del dominio de las actividades que interesan, y un buen análisis conceptual de sus diferentes facetas, los tipos de capacidades que elicitán, y el rango de situaciones en las que estas capacidades pueden ser aplicadas. En el presente estudio se consideró sólo como una medida general. Dada la capacidad predictiva aquí comprobada, se sugiere, en posteriores investigaciones, analizar la relación entre

sentimientos de autoeficacia específicos, sintomatología depresiva y género. Por ejemplo, podría hipotetizarse que los varones requieren sentirse eficaces en el rendimiento académico para contrarrestar la emergencia de síntomas depresivos, en cambio las mujeres necesitan sentirse competentes en sus relaciones sociales.

Para establecer las contribuciones de los resultados de la presente investigación al diseño de programas preventivos y de intervención, cabe recordar que, habitualmente se diferencia entre tres niveles de prevención: prevención primaria (objetivo: reducir la aparición del trastorno); prevención secundaria (objetivo: detectar lo más precozmente la aparición de un trastorno y disminuir su impacto); prevención terciaria (intervenciones dirigidas a disminuir las repercusiones negativas de la enfermedad una vez desarrollada). Esta conceptualización no distingue claramente entre prevención y tratamiento (Cova y otros, 2005). En 1994, el Institute of Medicine de EEUU decidió acotar el concepto de prevención a las estrategias destinadas a evitar el desarrollo de un trastorno, diferenciando entre intervenciones preventivas universales, dirigidas a toda la población e intervenciones específicas. Estas intervenciones específicas, a su vez, pueden ser de dos tipos: intervenciones preventivas selectivas, dirigidas a grupos de la población cuyo riesgo de desarrollar el trastorno psiquiátrico es significativamente mayor al promedio de la población en general, e intervenciones preventivas indicadas, dirigidas a individuos con riesgo por presentar ya síntomas, pero que no alcanzan a cumplir los criterios de alteración mental (Cova y otros, op.cit) .

Por otra parte, se revisaron las principales iniciativas del Ministerio de Salud del Gobierno de Chile (2006) en torno a la depresión en este grupo etáreo. Tomando los criterios de la OMS, se ha definido como población adolescente a todas las personas entre 10 y 19 años (López, 2004). La Depresión es la enfermedad mental crónica más frecuentemente diagnosticada en adolescentes chilenos. Entre los objetivos sanitarios de la atención a la población adolescentes en la década 2000 – 2010, determinados a partir de la “Política Nacional de Salud para Adolescentes y Jóvenes” (1999, en López, 2004), está el “Disminuir la recurrencia de episodios de Depresión”. Entre las intervenciones prioritarias en población adolescente para el logro de este objetivo sanitario está el “Tratamiento de adolescentes de 15 y más años que presentan un episodio Depresivo”, que consiste en atención en diagnóstico y tratamiento farmacológico y psicosocial de la depresión, incluyendo referencia a especialista, cuando corresponde. Otro documento consultado, la “Guía Clínica para el Tratamiento de Personas con Depresión” (Gobierno de Chile,

Ministerio de Salud, 2006), incluye una guía para el tratamiento de adolescentes con depresión leve a moderada, y otra para el tratamiento de adolescentes con depresión severa o refractaria al tratamiento. La primera registra el ingreso del o de la adolescente al sistema considerando sólo la consulta espontánea, pesquisada por un profesional de la salud, la cual es evaluada y diagnosticada por un equipo de salud, a fin de establecer el diagnóstico clínico, que puede ser Depresión leve, moderada o severa. Se indican diferentes tratamientos en cada uno de los casos. La segunda considera exclusivamente el tratamiento farmacológico, ante un diagnóstico de depresión bipolar, realizado por un especialista que deriva al adolescente.

De acuerdo a lo anteriormente expuesto, el Ministerio de Salud de Chile considera en la población adolescente la depresión como un trastorno, y carece de una perspectiva más amplia en cuanto a relevar la sintomatología depresiva y los concomitantes cuadros subclínicos, que requerirían también de tratamiento. A la vez, se evidencia la falta de una perspectiva evolutiva de la psicopatología, en tanto la sintomatología depresiva en la adolescencia puede llegar a configurar el trastorno depresivo en la adultez. Las intervenciones propuestas corresponden a los niveles de prevención secundaria y terciaria. Se desconoce la existencia de planes y programas de políticas públicas de salud en cuanto a prevención primaria de la depresión en adolescentes. Por otra parte, el tratamiento en salud pública a adolescentes con depresión está tipificado a partir de los 15 años, a pesar de que los resultados de este y otros estudios indican la presencia de sintomatología depresiva importante a menor edad.

En este contexto, los altos índices de sintomatología depresiva en los adolescentes, así como las diferencias de género encontradas en este estudio y en otros, dejan de manifiesto la necesidad de generar políticas de prevención primaria, y conllevan a sugerir el desarrollo de intervenciones preventivas específicas, dirigidas prioritariamente a las adolescentes. Las intervenciones preventivas más frecuentes consisten en talleres dirigidos a modificar cogniciones (Modelo de Depresión de Beck), muchas veces sin considerar los desafíos propios de esta etapa (tareas del desarrollo; configuración de la identidad personal, social, laboral, sexual).

A la vez, la administración de cuestionarios como los utilizados en este estudio, permitirían detectar tempranamente la presencia de síntomas depresivos. Esta actividad puede ser coordinada por los colegios (municipales, subvencionados, particulares) y las escuelas de Psicología de diversas universidades: los alumnos que cursan asignaturas de medición y evaluación psicológica pueden aplicar los instrumentos, puntarlos y, de acuerdo a los puntos de corte de las escalas,

determinar la población que presenta sintomatología depresiva leve, moderada y severa (todo esto bajo la supervisión atenta del docente de la cátedra). El establecimiento escolar recibiría los resultados, informaría a los padres y derivaría a los servicios de atención primaria a los alumnos con sintomatología depresiva severa, ampliando así la consulta espontánea a consulta por derivación, ya que la primera deja a muchos jóvenes sin recibir la ayuda necesaria. Para los adolescentes con sintomatología depresiva moderada se sugiere la realización de talleres dirigidos a tomar conciencia del problema, elaborar las emociones concomitantes (principalmente tristeza y rabia) y establecer o reestablecer el apoyo familiar y social, estrechando vínculos con personas significativas. Frente a los adolescentes que presentan sintomatología depresiva leve, se propone la realización de talleres en que se tenga por objetivo relacionar la sintomatología con los desafíos y pérdidas que implica esta etapa de la vida. Todo lo anterior implica un trabajo en equipo, con diversos actores, con mayor o menor grado de especialización. Para ello se requiere de un reconocimiento social y político respecto a la relevancia de la sintomatología depresiva en los y las adolescentes, y sus posibles consecuencias en la adultez, así como del costo económico, social y personal que conlleva la depresión en tanto trastorno. El estado debiera aumentar su gasto en salud y en educación.

Otra sugerencia es trabajar con los padres, especialmente con las madres, de acuerdo a los resultados de este estudio, de los adolescentes deprimidos, a fin de que ellos puedan darle a sus hijos el apoyo que necesitan en esta condición, en esta etapa de la vida.

A la luz de los resultados de esta investigación, el constructo de Sentimientos de Autoeficacia aparece como una herramienta potente para la prevención primaria y/o intervenciones preventivas universales frente a la posible emergencia de sintomatología depresiva en la adolescencia. Las creencias de las personas en su eficacia tienen diferentes efectos: influyen el curso de las acciones que las personas eligen para seguir, cuánto esfuerzo van a poner en determinada empresa, cuánto tiempo van a perseverar enfrentando obstáculos y fracasos, su resiliencia frente a la adversidad, si sus patrones de pensamiento son de auto – ayuda o de auto – obstaculización, cuánto estrés y depresión experimentan al habérselas con las demandas ambientales, y el nivel de logros o realizaciones alcanzadas (Bandura, 1997). La eficacia es una capacidad generativa en la cual las subhabilidades cognitivas, sociales, emocionales y conductuales tienen que ser organizadas y orquestadas para servir a innumerables propósitos. Existe una marcada diferencia entre poseer habilidades y ser capaz de integrarlas en cursos de acción apropiados y ejecutarlas

bien bajo circunstancias difíciles. Las personas muchas veces fallan en hacer las cosas óptimamente, a pesar de que saben exactamente qué hacer y poseen las habilidades correspondientes.

Las personas que se sienten más eficaces, son más exitosas que aquellas que dudan de sus habilidades. La autoeficacia percibida es un contribuyente importante para la realización de las acciones, cualesquiera sean las habilidades subyacentes. Implica manejar elementos externos (contexto) e internos (emociones).

Las creencias de autoeficacia se forman a partir de la información aportada por cuatro fuentes (Olaz, 2003; Bandura, 1997):

a) Logros de ejecución: el éxito repetido constituye la fuente de información de autoeficacia más importante, ya que se basan en experiencias de dominio real.

b) experiencias vicarias: ver a otras personas ejecutar exitosamente ciertas actividades, o imaginándolo, el sujeto puede llegar a creer que él mismo posee las capacidades suficientes para desempeñarse con igual éxito. Esta fuente es particularmente relevante cuando la persona no tiene un gran conocimiento de sus propias capacidades o tiene poca experiencia con la tarea a realizar. El éxito de la experiencia vicaria como fuente generadora de Sentimientos de Autoeficacia está determinada por la similitud percibida por el sujeto entre sus propias capacidades y las del modelo.

c) persuasión verbal: influencias sociales en cuanto a que uno posee ciertas capacidades. Es útil cuando la persona ya posee un nivel elevado de autoeficacia y necesita solamente de un poco más de confianza para realizar un esfuerzo extra y lograr el éxito.

d) estados fisiológicos y afectivos: los múltiples indicadores de activación autonómica, así como las sensaciones corporales llevan a que las personas juzguen parcialmente sus capacidades, fuerza y vulnerabilidad a la disfunción. Por ejemplo, los dolores y la fatiga pueden ser interpretados por el individuo como signos de su propia ineptitud. En general las personas tienden a interpretar los estados elevados de ansiedad como signos de vulnerabilidad y por ende como indicadores de un bajo rendimiento.

A partir de esta conceptualización, tanto padres como educadores podrían promover los Sentimientos de Autoeficacia en niños y adolescentes, ya sea a) graduando las actividades a realizar de acuerdo a las capacidades de cada joven, a fin de que logre la ejecución de la tarea y experimente los estados fisiológicos y afectivos correspondientes, b) proporcionándole

experiencias vicarias que le sirvan de modelo, y c) a través de la persuasión verbal. Lo fundamental sería proporcionar lo que Bandura (1997) llama “Experiencias guiadas en empoderamiento”.

Modificar sentimientos de baja autoeficacia de manera duradera y generalizada requiere de experiencias confirmatorias poderosas en las cuales las personas han logrado manejarse bien, bajo diferentes condiciones (Bandura, op.cit).

El objetivo general de la educación deberá trascender el desarrollo de la excelencia académica. La institución educativa deberá asumir la responsabilidad de preparar individuos seguros de si mismos, capaces de perseguir y conseguir sus propios objetivos (Olaz, 2003). Las escuelas y universidades deben ayudar a los estudiantes en el desarrollo de la excelencia académica al mismo tiempo que deben nutrir las autocreencias necesarias para mantener la excelencia en sus vidas adultas. Los estudiantes que desarrollan un fuerte sentido de autoeficacia se encuentran bien capacitados para educarse a si mismos cuando tiene que depender de su propia iniciativa (Bandura, op.cit.). Un adecuado Sentimiento de Autoeficacia permite estimar los riesgos, discriminar entre situaciones de riesgo y protectoras, y de esta manera, contribuir al autocuidado.

Estos objetivos de desarrollo de una personalidad segura y competente deberían incorporarse a las políticas de estado en Educación, y revisar rigurosamente las evaluaciones y calificaciones en los curricula, que a menudo, lejos de ser instancias formativas, conducen al educando a constatar constantemente sus fracasos.

Este estudio hace una serie de contribuciones a nuestra comprensión del ánimo depresivo en una muestra de población no consultante de adolescentes chilenos. Es uno de los primeros estudios que examina sistemáticamente la correlación entre factores individuales, familiares, sociales y Sintomatología Depresiva en este tipo de población.

Sus limitaciones son varias:

- los resultados no son generalizables a adolescentes chilenos de niveles socioeconómicos diferentes ni a contextos rurales.
- los datos para determinar la variable dependiente, los predictores y las medidas obtenidas provienen de una sola fuente: los adolescentes encuestados. Se sugiere en futuras

investigaciones obtener información de otras fuentes participantes: los propios padres de los adolescentes, los profesores, sus compañeros de curso y el diagnóstico clínico de profesionales expertos.

- Si bien se consideraron datos obtenidos con 6 meses de anticipación, el presente estudio no es una investigación longitudinal propiamente tal. Futuras investigaciones debieran, además de incluir datos de múltiples fuentes, considerando por ejemplo la cualidad del ambiente familiar, examinar como estos factores contribuyen a los cambios en el ánimo depresivo a lo largo del tiempo.
- Se realizaron los análisis mediante regresión múltiple, buscando correlaciones lineales, lo cual no permite detectar otro tipo de relaciones (relaciones cuadráticas u otras relaciones no lineales), así como posibles interacciones entre variables que no se manifestaron en este estudio.

Por último, existe una necesidad real de más investigaciones en la línea evolutiva que ayuden a clarificar nuestra comprensión en cuanto a aspectos en los cuales pueden diferir los adolescentes en cada una de las subetapas (adolescencia temprana, media y tardía), respecto a las características de la sintomatología depresiva, sus precursores, precipitantes y correlatos, el curso y la duración de los síntomas, y los efectos de los tratamientos, tanto a partir de psicofármacos como de intervenciones psicológicas.

## NOTAS

(1) Neruda P.; en Antología de Isidoro Aguirre (1995), Santiago, Bibliográfica Internacional.

(2) Cortisol es la principal hormona que secreta la glándula suprarrenal, actuando sobre el sistema nervioso, el metabolismo de los hidratos de carbono, proteínas y grasas, la maduración de los glóbulos blancos, la regulación de la tensión arterial y la retención de sales y agua.

(3) Datos 19 ítems.

(4) Los autores sugieren que para evaluar efecto de interacción de un modelo de regresión simple, los predictores deben ser centrados respecto de su promedio previo al ingreso en la ecuación de regresión, y con estos promedios centrados formar los componentes de interacción para evitar la multicolinealidad (pg. 35). Además no se informan los  $b$  ya que se transforman con la transformación aditiva/centrar en el promedio. Y la extracción de componentes de la ecuación siguió el procedimiento “step-down”, que considera el problema que no debe testearse la significación de un componente de nivel menor cuando un componente de nivel superior se encuentra en la escala, es decir, se considera la significación de aquellos componentes que son “scale invariant”.

(5) El modelo fue re-estimado utilizando regresión múltiple (sin interacción) a fin de facilitar la interpretación.

(6) Ver ANEXO 9: Tabla 2; del modelo completo, paso a paso.

(7) Ver ANEXO 9: Tabla 3; del modelo completo, paso a paso.

## BIBLIOGRAFIA

1. Aalto-Setälä T., Marttunen M., Tunlio-Henrikson A.; *Depressive symptoms in adolescence as predictors of early adulthood depressive disorders and maladjustment*. Am.J.Psych., 2003 July; 159:1235-7
2. Ahmoui Essau C., y Petermann U.; (1997) *Developmental Psychopathology: Epidemiology, Diagnostics and Treatment*. University of Bremen, Germany; Amsterdam, The Netherlands: Harwood Academic Publishers,
3. Aiken L. S., y West, S.G.; (1991) *Multiple regression: Testing and interpreting interactions*. Newbury Park, CA: Sage.
4. Almonte V., C., Montt S., M. E., y Correa D., A. ; (2003) *Psicopatología Infantil y de la Adolescencia*. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo
5. Allgood-Meten y otros; (1990) en Cumsille P. y Epstein, N. (1994) post cit.
6. Altimir C., Contreras L., Aracena M., y Haz A.M., (2001). *Revisión histórica del concepto de resiliencia: Un aporte al diseño de intervenciones en maltrato infantil*. Documento no publicado.
7. Angold A., Costello E.J., Farmer E.M.Z., Burns B.J., y Erkanli A.; *Impaired but undiagnosed*. Am Acad Chile Adolesc Psychiatry, 1999; 38: 129 – 137
8. Ardiles C., e Inostroza J., *Depresión, Mal de Nuestros Tiempos*; Noviembre 2005, In vitro; p.57-60
9. Bandura, A., (1997) *Self-Efficacy, The Exercise of Control*; New York: W.H. Freeman and Company
10. Bandura, A., (1987) *Pensamiento y Acción*. Barcelona: Martínez Roca
11. Baron, R. M., y Kenny, D. A. (1986). *The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
12. Benjet, C. y Hernández – Guzmán, L. (2002) *A Short-Term Longitudinal Study of Pubertal Change, Gender and Psychological Well-Being of Mexican Early Adolescents* *Journal of Youth and Adolescence* (H.W.Wilson-SSA) Vol 31, issue 6 ; 429-42
13. Bird, G. y Harris, R. (1990) *A comparison of Role Strain and Coping Strategies by Gender and Family Structure among early Adolescents* *Journal of Early Adolescence* Vol 19 No.2 141 – 158

14. Block, J. y Gjerde, P.F. (1990) "Depressive Symptoms in Late Adolescence: a Longitudinal Perspective on Personality Antecedents" Cap. 15 en *Risk and protective factors in the development of psychopathology* ; Editado por: Rolf J., Masten S., A., Cicchetti D., Nuechterlein K.H., y Weintraub S. ; EEUU: Cambridge University Press.
15. Broderick, P.C., y Korteland C., (2002) *Coping style and depression in early adolescence: relationship to gender, gender role and implicit beliefs –Sex Roles-New York Vol 46 – Issue 7/8* 201-213
16. Burke, R. y Weir, T. (1978 ) *Sex differences in adolescent life stress, social support and well-being* The Journal of Psychology, 98: 277-288
17. Bussey, K. y Bandura, A. (1999) *Social cognitive theory of gender and differentiation.* Psychological Review, 106, 676-713
18. Cantoral, G., Mendez, M.V., y Nazar, A. (2003) *Depresión en adolescentes. Un análisis desde la perspectiva de género.* Mexico: Manual Moderno.
19. Caspi, A., Sugden, K., Moffit, T.,E., Taylor, A., Craig, I.,W., Harrington H.,L., et al. (2003) *Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene.* Science 301: 386-9.
20. Cicchetti D., y Cohen D.,J., (1995) *Developmental Psychopathology Vol 2: Risk, Disorder and Adaption,* New York: John Wiley & Sons, Inc.
21. Casullo, M.,M., (1998) *Adolescentes en riesgo –Identificación y orientación psicológica* Buenos Aires: Editorial Paidós
22. Colten M.,E., y Gore S., (1991) *Adolescent Stress: Causes and Consequences;* New York: Aldine de Gruyter.
23. Conger R.,D., y Ge X., Elder Jr., G.,H., Lorenz F.,O., y Simons R., L., *Economic Stress, Coercive Family Process, and Developmental Problems of Adolescents,* Child Development, 1994, 65, 541-561.
24. Cordero M.,E., Valenzuela C.,Y., Torres R., y Rodríguez A.,: *Sexual dimorphism in number and proportion of neurons in the human median raphe nucleus.* Brain Res Dev Brain Res 124: (1-2) 43-52 (2000)
25. Cordero M.,E., Rodríguez A., Torres R., y Valenzuela C.,Y., *Human Raphe Magnus Nucleus: a morphometric Golgi-Cox study with emphasis on sex differences.* Dev Brain Res 131: 85-92 (2001).

26. Cova F. , Melipillán R. , Valdivia M. , Bravo E., y Valenzuela B.: *Sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes de enseñanza media*; Rev.chil.pediatr. 2007; 78 (2)
27. Cova F., Aburto B., Sepúlveda M.J., y Silva M., (2005) *Potencialidades y Obstáculos de la Prevención de la Depresión en Niños y Adolescentes*. PSYKHE 2006, Vol. 15, No. 1, 57 – 65
28. Coyne, J.C. y Downey, G. (1991) *Social Factors and Psychopathology: Stress, Social Support, and Coping Processes* Ann.Rev.Psychol. 42: 401-25
29. Cumming E.,M., Davies P.,T., y Campbell S.,B., (2000) *Developmental Psychopathology and Family Process: Theory, Research and Clinical Implications*; New York: The Guilford Press
30. Cumsille E., P ; Epstein N. (1994 ) *Family Cohesión, Family Adaptability, Social Support, and Adolescent Depressive Symptoms in Outpatient Clinic Families* J Fam Psychol Vol 8 No. 2 , 202 – 214
31. Cumsille E., P. ; Martinez G., M.L. (1997 ) *Síntomas de depresión en estudiantes de enseñanza media de Santiago* Rev.Chil.Pediatr.68(2); 74-77
32. Daniels D., y Moos R.,H., *Assessing Life Stressors and Social Resources Among Adolescents:Applications to Depressed Youth* ; Journal of Adolescent Research, Vol.5 No.3 July 1990 268-289,
33. Del Barrio, M.V., Mestre, M.V., Tur, A.M. y Samper, P.: *La Depresión Infanto-Juvenil, el Efecto de los Factores Emocionales, Comportamentales y Sociodemográficos* Rev. de Psicol. Gral. Y Aplic. 2004, 57 (1), 5 – 20 España
34. Faust, J., Baum, C., y Forehand, R., (1985) *An examination of the Association Between Social Relationships and Depression in Early Adolescence* Journal of Applied Developmental Psychology 6, 291 –297
35. Farvolden, P., McBride, C., Bagby, S. Y Ravitz, P., : *A Web-Based Screening Instrument for Depression and Anxiety Disorders in Primary Care* J.Med.Internet Res 2003; 5 (3): e 23
36. Fleming, J. y Offord, D. (1990) *Epidemiology of Childhood Depressive Disorder: A Critical Review* J.Am.Acad.Child Adolesc. Psychiatry 29; 4: 571-580
37. Fombonne, E., Wostear, G., Cooper, V., Harrington, R. y Rutter, M. (2001) *The Maudsley Long-Term Follow-Up of Child and Adolescent Depression, I: Psychiatric Outcomes in Adulthood* Br. J. Psychiatry 179: 210 – 217 Bibliographic Links [Context Link]
38. Friedrich, W., Reams, R. y Jacobs, J. (1988) *Sex Differences in Depression in Early Adolescents* Psychological Reports, 62, 475 – 481

39. Ge, X. , Lorenz, F.O., Conger, R.D., Elder, G.H.Jr., Simons, R.L. (1994) *Trajectories of Stressful Life Events and Depressive Symptoms During Adolescence* Develop Psychol 30 No. 4 467 – 483
40. Ge, X., Conger R.D. and Elder G.H.Jr. (2001) *Pubertal Transition, Stressfull Life Events, and the Emergence of Gender Differences in Adolescent Depressive Symptoms* Develop. Psychol. 37. No.3, 404 - 417
41. Giacona, R:M:, Reinherz, H.Z., Paradis, A.B., Carioma Hauf A.M. and Stashwick, C.K. (2001 ) *General Impairments Associated to Major Depression and Substance Abuse in Adolescents* J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry 40: 12 , 1426 –1433
42. Giacona, R.D., Reinherz, R.Z., Paradis, A.D., Carmola Hauf, A.M. & Stashwick, C.K. *Major Depresssion and Drug Disorders in Adolescence: General and Specific Impairments in Early Adulthood* : J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry; 40:12, December 2001, 1426-1433.
43. Gobierno de Chile – Ministerio de Salud (2006) *Guía Clínica: Tratamiento de Personas con Depresión*; <http://www.minsal.cl> bajado el 05 – 08 – 07
44. González-Forteza C.F., y Andrade P., (1995). *La relación de los hijos con sus progenitores y sus recursos de apoyo: correlación con la sintomatología depresiva y la ideación suicida en los adolescentes mexicanos*. Salud Mental, 18, 41-48.
45. Greenberger, E., Chen, C., Tally, S.R., y Dong, Q. (2000) *Family, peer, and individual correlates of depressive symptomatology among U.S. and Chinese adolescents*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68,209-219.
46. Hammen, C., Brennan, P.A. and Shih.J.H.: *Family Discord and Stress Predictors of Depression and Other Disorders in Adolescent and Children of Depressed and Non Depressed Women* J. Am.Acad.Child Adolesc. Psychiatry, 43: 8, August 2004
47. Hernandez S., R., Fernandez C.,C., y Baptista L.,P., (1991) *Metodología de la Investigación México*: McGraw-Hill
48. Haukn, B.L., Abramson, L. Y., y Moffitt A. (1998) *Development of Depression from Preadolescence to Young Adulthood: Emerging Gender Differences in a 19 Years Longitudinal Study* J. Abnorm. Psychol 107: 128-40
49. Jenkins, S., Goodness, K y Buhrmeister, D. (2002) *Gender differences in early adolescents' relationship qualities, self efficacy, and depressed symptoms* , The Journal of Early Adolescence , Thousand Oaks, 22: 277-309

50. Kandel D.B. y Davies M., (1988). *Epidemiology of depressive mood*. Archives of General Psychiatry, 39, 1205-1212.
51. Kotliarenco M.A., y Pardo M., *Algunos alcances acerca del sustento biológico de la Resiliencia*; PSYKHE 2003, Vol.12, No.1, 119-124
52. Larraguibel, M., Gonzalez, P., Martinez, V. y Valenzuela, R. (2000) *Factores de Riesgo de la Conducta Suicida en Niños y Adolescentes* Revista Chilena de Pediatría; 71: 183 - 191
53. Larson R., Raffaelli, M., Richards, M., Ham, M. y Jewell (1990) *Ecology of Depression in Late Childhood and Early Adolescence: A Profile of Daily States and Activities* Journal of Abnormal Psychology Vol 99 No.1, 92 -102
54. Leone, A.; *Depresión en la Primera Infancia* – Asociación de Psicólogos Infanto – Juveniles. Año 2001 No. 1 52 - 62
55. Liu Yih-Lan (2002) *The role of perceived social support and dysfunctional attitudes in predicting Taiwanese adolescents' depressive tendency* Adolescence Roslyn Heights Vol 37: 823 –834
56. López S., C., (2004) *Atención Amigable para Adolescentes en Establecimientos de Atención Primaria – Orientaciones técnicas*. <http://www.minsal.cl> Bajado el 13-09.2005
57. Maddux J. y Meier L. (1995) “Self-Efficacy and Depresión”, Cap. 5. p. 143 – 169, en *Self-Efficacy, Adaption, and Adjustment: Theory, Research, and Application*, Maddux J.; New York: Plenum Press
58. Marmorstein, N.R. y Iacono, W.G. (2004) *Mayor Depression and Conduct Disorder in Youth: Associations with Parental Psychopathology and Parent – Child Conflict*. J. of Child Psy. and Psychiatry 45: 2; 377 – 386
59. Masten A. S., y Coatsworth J.D. (1995) “Competence, Resilience, and Psychopathology” Cap. 20, 715–752, en *Developmental Psychopathology* Vol 2: Risk, Disorder, and Adaption, Ed. Cicchetti D. y Cohen D.J., New York: John Wiley & Sons, Inc.
60. Murray, C.J. y López, A.D. ; *Alternative Projections of Mortality and Disability by Cause 1990 – 2020: Global Burden of Disease Study* Lancet 1997 May 24; 349 (9064): 1498 – 1504 [Medline]
61. Nolen-Hoeksema S. (2000). *The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety symptoms*. Journal of Abnormal Psychology, 3, 504-511.

62. Nolen-Hoeksema S., Girgus J.S. y Seligman, M.E.P. (1992). *Predictors and consequences of childhood depressive symptoms: A 5 year longitudinal study*. Journal of Abnormal Psychology, 101, 405-422
63. Olaz, F.; *Autoeficacia y Diferencia de Géneros. Aportes a la Explicación del Comportamiento Vocacional*; Rev. de Psicol. Gral. y Aplic., 2003, 56 (3), 359-376
64. Oksoo Kim ; *Adolescence: The relationship of depression to health risk behaviors and health perceptions in Korean college students*. Roslyn Heights Fall 2002, Vol 37 pag. 575 – 583
65. Petersen, Sarigiani y Kennedy (1991) *Adolescent Depression: Why More Girls?* Journal of Youth and Adolescence Vol. 20, No.2: 247 – 271
66. Petersen A.,C., Compas B.,E., Brook-Gunn J., Stemmler M., Grant K., E., (1993) *Depression in Adolescence* Am Psychol 48: 155 – 168 [Context Link]
67. Reinherz, H.Z. , Stewart-Berghauer, G., Pakiz, B., Frost A., Moeykens, B. And Holmes, W. (1989) *The Relationship of Early Risk and Current Mediators to Depressive Symptomatology in Adolescence* J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry 28, 6:942-947
68. Repetto, P.B., Caldwell,C.H. and Zimmerman, M.A.; *Trajectories of Depressive Symptoms among High Risk African – American Adolescents* J.of J. Adolescent Health 2004; 35: 468 - 477
69. Rico N., (1993) *Desarrollo y Equidad de Género: una tarea pendiente*. CEPAL, Chile: Serie Mujer y Desarrollo.
70. Rivera, D., (2003) *Metas futuras y sentimientos de autoeficacia en una muestra de adolescentes chilenos* . Documento no publicado.
71. Rolf J., Masten A.,S., Cicchetti D., Nuechterlein K.,H., y Weintraub S., (1990) *Risk and protective factors in the development of psychopathology*; New York: Cambridge University Press
72. Rutter, M., Caspi, A. y Moffit, T. (2003) *Using Sex Differences in Psychopathology to Study Causal Mechanisms: Unifying Issues and Research Strategies* J. of Child Psychol. and Psychiatry, 44, 1092 -1115
73. Saad de Janon, E. y Saad de Janon, J.; *Depresión en la Adolescencia y Disfunción Familiar: Un Enfoque Multidisciplinario* Rev. De Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente, 2003; 3 (1): 4 – 27 Ecuador
74. Santander A., J.T., (1998) *Acerca de los Problemas de Salud Mental en Chile*; Pontificia Universidad Católica de Chile; Revista Universitaria No. 68 – 1998; 9-12.

75. Sepúlveda G., Almonte C., Valenzuela C., Avendaño A., : *Estilos de socialización de los padres y desarrollo psicosocial en adolescentes de 16 a 19 años*. Rev Chil Pediatr 1991; 62: 396-403
76. Schoenbach V.J., Kaplan, B.H., Grimson, R.C. y Wagner E.H. (1982) *Use of a Symptom Scale to Study the Prevalence of a Depressive Syndrome in Young Adolescents* American Journal of Epidemiology Vol.116, No.5; 791-800
77. Scholte R.H.J., van Lieshut C.F.M. y van Aken M.A.G.; (2001) JOURNAL OF RESEARCH ON ADOLESCENCE, 11,(1), 71-94 , Society for Research on Adolescence
78. Smetana J.,G., Metzger A., y Campione-Barr N., (2004) *African American Late Adolescents' Relationships With Parents: Developmental Transitions and Longitudinal Patterns*. Child Development. N 3, vol 75 p. 932 – 947
79. Stanford Patient Education Research Center (2005); *Spanish Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)* en <http://patienteducation.stanford.edu/research/cesdesp.html>
80. Steinberg, L. (1993) “Autonomy, conflict, and harmony in the family relationship” Cap.10, en: *At the threshold – the developing adolescent* . Feldman S.,S. Y Elliot, G.R. Cambridge, Massachusetts y London, England : Harvard University Press
81. Waters E., y Sroufe L.,A., 1983 en Block J. y Gjerde P. (1990) “Depressive symptoms in late adolescence: a longitudinal perspective on personality antecedents”, cap 15; en: *Risk and protective factors in the development of psychopathology*; New York: Cambridge University Press
82. Weiss, B. Y Weisz, J. (1988) *Factor Structure of Self-Reported Depression: Clinic Referred Children vs Adolescents* Journal of Abnormal Psychology Vol 97, No.4, 492-495

## ANEXO 1: Consentimiento Informado Adolescentes



### **MIRANDO HACIA EL FUTURO: UN ESTUDIO DE LOS JÓVENES, SUS FAMILIAS, SU COLEGIO Y SU COMUNIDAD**

Te invitamos a participar en este proyecto desarrollado por la Escuela de Psicología de la Universidad Católica de Chile y aprobado por el área de Educación de la Corporación de Desarrollo Municipal de La Florida y de Macul.

Se trata de un estudio científico acerca del desarrollo de los adolescentes y de las oportunidades que éstos encuentran en su familia, en la escuela y en la comunidad donde viven para avanzar en su desarrollo. Este estudio tiene una duración de 4 años, de manera de conocer cómo van cambiando tus puntos de vista y tus planes a medida que creces.

Tendrás que contestar un cuestionario autoadministrado en tu sala de clases que demorará aproximadamente 60 minutos. Tus respuestas, junto con las de otros jóvenes participantes, se utilizarán para sacar conclusiones acerca de los factores que contribuyen al desarrollo positivo en los jóvenes.

Las respuestas al cuestionario son confidenciales, y no serán conocidas ni utilizadas por ninguna persona ajena al equipo de investigación. Para asegurar la confidencialidad de tus respuestas, todos los cuestionarios serán codificados con un número.

Tu participación es completamente voluntaria. No recibirás ninguna compensación directa por tu participación.

Tu participación no conlleva riesgos. Después de contestar el cuestionario puede que tengas más claros tus planes y metas para el futuro, cómo te sientes respecto de ti mismo(a), las actividades que realizas durante tu tiempo libre y tu participación en actividades cívicas y comunitarias.

**SÍ**, estoy de acuerdo en participar en este proyecto

---

*Firma*

---

*fecha*

Si tienes preguntas puedes comunicarte con M. Loreto Martínez [mlmartig@puc.cl](mailto:mlmartig@puc.cl) o Patricio Cumsille [pcumsill@puc.cl](mailto:pcumsill@puc.cl) teléfono 686-4875, Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Vicuña Mackenna 4860, Comuna de Macul, Santiago

## **ANEXO 2: Consentimiento informado padres y/o apoderados**



### **MIRANDO HACIA EL FUTURO: UN ESTUDIO DE LOS JÓVENES, SUS FAMILIAS, SU COLEGIO Y SU COMUNIDAD**

Los estudiantes del colegio de su hijo/a han sido invitados a participar en este proyecto desarrollado por la Escuela de Psicología de la Universidad Católica de Chile y aprobado por el área de Educación de la Corporación de Desarrollo Municipal de La Florida y de Macul.

Se trata de un estudio científico acerca del desarrollo de los adolescentes y de las oportunidades que éstos encuentran en su familia, en la escuela y en la comunidad donde viven para avanzar en su desarrollo. Este estudio tiene una duración de 4 años, de manera de conocer cómo van cambiando sus puntos de vista y sus planes a medida que crecen.

Los(as) adolescentes contestarán la encuesta voluntariamente y las respuestas que ellos(as) entreguen serán confidenciales, y no serán conocidas ni utilizadas por ninguna persona ajena al equipo de investigación.

Su hijo/a podrá retirarse del estudio en cualquier momento que lo desee, sin necesidad de explicar sus razones para hacerlo y sin que ello implique un perjuicio para el/ella. Su hijo/a no recibirá ninguna compensación directa por su participación, pero los resultados obtenidos permitirán ayudar a entender el desarrollo de los jóvenes y sus familias en nuestro país y la manera de promover el desarrollo positivo en ellos.

La participación de su hijo(a) no conlleva riesgos de ningún tipo. Después contestar el cuestionario puede que su hijo/a tenga más claros algunos aspectos relacionados con su desarrollo personal, cómo se siente respecto de sí mismo/a, y cómo se relaciona con sus padres.

**En caso que usted NO desee que su hijo participe en este estudio**, envíe esta hoja firmada al colegio.

Yo, \_\_\_\_\_ **NO** estoy de acuerdo en que mi hijo \_\_\_\_\_,  
(nombre del apoderado)  
del curso \_\_\_\_\_ participe de esta investigación  
(nombre del alumno) (curso del alumno)

\_\_\_\_\_  
*Firma Apoderado*

Si tiene preguntas respecto al estudio puede comunicarse con **Patricio Cumsille** al e-mail [pcumsill@uc.cl](mailto:pcumsill@uc.cl). También pueden ser contactado en el teléfono 354-4875, Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Vicuña Mackenna 4860, Comuna de Macul, Santiago.

### **ANEXO 3: Escala de Sintomatología Depresiva**

Considera las siguientes afirmaciones. Marca con una cruz la alternativa que mejor te describe respecto a cada una de ellas, considerando los últimos 30 días:

	Nunca	Una vez	Dos veces	Tres veces	Una vez por semana	Casi todos los días
1. Sentido molesto por cosas que generalmente no molestan						
2. Sentido sin ganas de comer, con mal apetito						
3. Sentido "bajoneado"						
4. Sentido eras tan bueno como otras personas						
5. Costado concentrarte en lo que estabas haciendo						
6. Sentido deprimido						
7. Sentido muy cansado para hacer algunas cosas						
8. Sentido esperanzado con respecto al futuro						
9. Pensado que tu vida era un fracaso						
10. Sentido temeroso						
11. Sentido contento						
12. Hablado menos que de costumbre						
13. Sentido solo(a)						
14. Sentido que la gente fue poco amistosa contigo						
15. Disfrutado de la vida						
16. Llorado						
17. Sentido triste						
18. Encontrado difícil empezar a hacer cosas						
19. Sentido que la vida valía la pena						
20. Dormido sin poder descansar						

#### **ANEXO 4: Cuestionario de Eventos Estresantes (evaluados en Medición 1 y 2)**

Considera las siguientes situaciones. Señala (marcando con una cruz) cuál o cuales de ellas te ha tocado vivir en los últimos 6 meses:

- 
1. Terminé con mi pololo(a)
  2. Empecé a pololear o salir con alguien
  3. Un hermano (a) se fue de la casa
  4. No pude ingresar a club deportivo/actividad de interés
  5. Hubo un cambio en la cantidad de dinero familiar
  6. Un/a amigo/a cercano/a se enfermó o murió
  7. Murió un abuelo
  8. Mi madre comenzó a trabajar
  9. Me suspendieron en el colegio
  10. Me involucré en actividades religiosas
  11. Mi padre/madre se enfermó gravemente o fue hospitalizado
  12. Me cambié de colegio
  13. Mi padre/madre cambió de trabajo
  14. Pensé que yo, o mi polola estaba embarazada
  15. Mi padre/madre perdió su trabajo
  16. Nació un nuevo bebé en la familia
  17. Mis padres se separaron
  18. Un padre se casó o emparejó de nuevo
  19. Murió mi padre o mi madre
  20. Alguien me molestó o hizo bromas pesadas en colegio
  21. Empecé a trabajar
-

### **ANEXO 5: Cuestionario de Sentimientos de Autoeficacia**

Considera cada una de las siguientes afirmaciones, y marca con una cruz según te describen, si estas muy de acuerdo (realmente te describe), de acuerdo (te describe bastante bien), no estás seguro (podría describirme un poco), o muy en desacuerdo (no me describe para nada):

---

	Muy de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro	Muy en desacuerdo
1. Me gusta como dirijo mi vida				
2. Tengo facilidad para hacer amigos				
3. Muchas veces me gustaría ser otra persona				
4. Estoy contento/a de ser como soy				
5. La mayor parte del tiempo estoy contento/a conmigo				
6. Me gustaría ser diferente de como soy				
7. Me gustaría cambiar muchas cosas acerca de mi				
8. Me siento bastante seguro/a de mi mismo/a				
9. Me gustaría ser más atractivo/a				
10. Estoy contento con la manera como actúo				
11. Creo que las cosas van a resultar bien				
12. Me puedo focalizar en una tarea y persistir en ella				
13. Cuando fijo metas importantes para mi, generalmente las consigo				
14. Puedo ser exitoso/a en lo que me proponga				
15. Cuando hago planes, sé que puedo hacerlos funcionar				
16. Cuando se presentan dificultades que no había previsto, en general las manejo bien				

---

### **ANEXO 6: Cuestionario de Apoyo Materno**

Considera las siguientes afirmaciones acerca de tu relación con tu madre. Marca con una cruz aquella alternativa que mejor te represente

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	No estoy seguro	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Mi madre realmente me quiere					
2. A ella le gusta que le cuente mis problemas					
3. Puedo contar con su ayuda si tengo problemas					
4. Ella me muestra maneras en las que puedo hacer mejor las cosas					
5. Mi madre pasa tiempo conversando conmigo					
6. Sé que mi madre va a estar conmigo si la necesito					
7. Ella disfruta estando conmigo					

### **ANEXO 7: Cuestionario de Apoyo Social**

Considera las siguientes afirmaciones. Señala (marcando con una cruz en el respectivo casillero, cuál de las alternativas propuestas refleja mejor tus sentimientos:

---

	No me describe para nada	Me describe muy poco	Me describe bastante bien	Realmente me describe
1. Me siento aceptado/a y bien con mis amigos				
2. Me siento contento/a con el número de amigos/as que tengo				
3. Existe alguien fuera de casa a quien le puedo contar mis problemas				

---

**ANEXO 8: Cuestionario de Sintomatología Ansioso – depresiva (evaluado en Medición 1)**

Durante el último mes, ¿cuántas veces has experimentado estos sentimientos?

	Nunca	Una vez	Dos veces	Tres veces	1 vez por semana	Casi todos los días
1. Me he sentido nervioso/a						
2. Me he sentido/a bajoneado/a						
3. Me he sentido tenso/a						
4. Me he sentido aislado/a						

**ANEXO 9: TABLAS**

**TABLA 1: PROCEDIMIENTO STEP-DOWN EN EL MODELO PREDICTIVO INTERACCIONAL DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS.**

**PREDICTORES: GÉNERO, AUTOEFICACIA, APOYO SOCIAL, APOYO MADRE, EVENTOS ESTRESANTES.**

	<i>b</i>	<i>SE b</i>	<i>p.</i>									
GENERO	4,841	,915	,000	4,808	,912	,000	4,897	,907	,000	4,292	,784	,000
AUTOEFICIA	-,615	,093	,000	-,619	,093	,000	-,633	,090	,000	-,656	,089	,000
APOYO SOCIAL	-,125	,385	,745	-,145	,382	,704	-,201	,369	,586	-,281	,356	,429
APOYO MADRE	,044	,170	,797	,039	,170	,820	-,010	,162	,953	-,046	,150	,759
EVENTO ESTRESANTE	,434	,241	,072	,444	,240	,064	,539	,232	,021	,522	,209	,013
GENERO * AUTOEFICACIA	,095	,126	,455	,096	,126	,448	,114	,121	,347	,078	,120	,514
GENERO * APOYO SOCIAL	-,288	,553	,602	-,233	,539	,666	-,283	,515	,582	-,051	,495	,917
GENERO * APOYO MADRE	-,111	,219	,613	-,098	,217	,651	-,062	,200	,755	-,065	,181	,721
GENERO * E.STRESANTE	,506	,405	,212	,483	,402	,230	,143	,356	,688	,148	,337	,660
AUTOEFICACIA * APOYO SOCIAL	,079	,042	,061	,077	,042	,065	,087	,040	,031	,021	,025	,389
AUTOEFICACIA * APOYO MADRE	-,015	,022	,489	-,014	,022	,511	-,011	,021	,607	,016	,013	,213
AUTOEFICACIA * E. ESTRESANTE	,061	,034	,077	,060	,034	,080	,047	,033	,149	,038	,023	,104
APOYO SOCIAL * APOYO	-,098	,104	,348	-,093	,103	,371	-,097	,098	,322	-,074	,052	,161

MADRE												
APOYO SOCIAL * E. ESTRESANTE	-,216	,132	,102	-,221	,132	,095	-,259	,124	,037	-,136	,087	,116
APOYO MADRE * E. ESTRESANTE	,033	,053	,531	,035	,053	,505	,033	,051	,514	,019	,031	,538
AUTOEFICACIA * APOYO SOCIAL * APOYO MADRE	-,011	,011	,320	-,009	,010	,369	-,004	,005	,354			
AUTOEFICACIA * APOYO SOCIAL * E. ESTRESANTE	-,004	,010	,662	-,005	,010	,613	-,014	,008	,112			
AUTOEFICACIA * APOYO MADRE * E. ESTRESANTE	,014	,008	,059	,013	,007	,067	,010	,005	,048			
APOYO SOCIAL * APOYO MADRE * E. ESTRESANTE	-,045	,033	,172	-,048	,032	,135	-,030	,021	,155			
AUTOEFICACIA * APOYO SOCIAL * GENERO	-,108	,056	,056	-,101	,054	,063	-,109	,054	,044			
AUTOEFICACIA * APOYO MADRE * GENERO	,037	,029	,212	,035	,029	,226	,025	,027	,367			
AUTOEFICACIA * E. ESTRESANTE * GENERO	,008	,053	,874	,006	,053	,902	-,002	,051	,965			
APOYO SOCIAL * APOYO MADRE * GENERO	,003	,139	,985	-,013	,134	,921	,028	,117	,813			
APOYO SOCIAL * E. ESTRESANTE * GENERO	,035	,233	,879	,028	,233	,904	,145	,210	,491			
APOYO MADRE * E. ESTRESANTE * GENERO	,030	,088	,737	,013	,080	,875	,034	,073	,638			
AUTOEFICACIA * APOYO SOCIAL * APOYO MADRE * E.	,001	,002	,602	,001	,002	,732						

ESTRESANTE						
AUTOEFICACIA * APOYO SOCIAL * APOYO MADRE * GENERO	,006	,013	,666	,004	,013	,759
AUTOEFICACIA * APOYO SOCIAL * E. ESTRESANTE * GENERO	-,036	,021	,081	-,035	,020	,088
AUTOEFICACIA * APOYO MADRE * E. ESTRESANTE * SEXO	-,008	,011	,487	-,008	,011	,470
APOYO SOCIAL * APOYO MADRE *E. ESTRESANTE * GENERO	,038	,055	,487	,050	,048	,298
AUTOEFICACIA * APOYO SOCIAL * APOYO MADRE * E. ESTRESANTE * GENERO	-,002	,004	,646			

Nota: Valores estimados con predictores centrados respecto de su promedio.

b = Coeficiente de regresión; SE b = error del coeficiente de regresión,

\*\*  $p < .001$

**TABLA 2: PROCEDIMIENTO STEP-DOWN EN EL MODELO PREDICTIVO INTERACCIONAL  
DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS  
PREDICTORES: EDAD, AUTOEFICACIA, APOYO SOCIAL, APOYO MADRE, EVENTOS ESTRESANTES.**

	<i>b</i>	<i>SE b</i>	<i>p.</i>									
AUTOEFICACIA	-,640	,064	,000	-,641	,064	,000	-,628	,063	,000	-,656	,061	,000
APOYO SOCIAL	-,179	,285	,531	-,159	,282	,574	-,220	,268	,413	-,157	,260	,546
APOYO MADRE	-,100	,114	,378	-,098	,114	,389	-,080	,109	,460	-,092	,094	,330
EVENTO ESTRESANTE	,599	,196	,002	,600	,196	,002	,614	,193	,002	,575	,171	,001
EDAD	,002	,332	,996	,009	,331	,978	-,096	,326	,769	,032	,286	,910
EDAD * AUTOEFICACIA	,051	,048	,286	,049	,048	,304	,019	,046	,682	,021	,046	,647
EDAD * APOYO SOCIAL	,081	,201	,687	,062	,198	,753	-,001	,193	,994	,009	,181	,962
EDAD* APOYO MADRE	,086	,073	,244	,074	,070	,288	,007	,063	,907	-,020	,057	,723
EDAD * E. ESTRESANTE	-,158	,147	,282	-,152	,146	,299	-,074	,137	,590	-,050	,130	,701
AUTOEFICACIA * APOYO SOCIAL	,031	,030	,301	,034	,029	,235	,037	,028	,184	,029	,025	,247
AUTOEFICACIA * APOYO MADRE	,013	,016	,399	,013	,016	,420	,012	,015	,413	,020	,013	,118
AUTOEFICACIA * E. ESTRESANTE	,053	,026	,040	,053	,026	,041	,055	,026	,034	,045	,024	,065
APOYO SOCIAL * APOYO MADRE	-,099	,074	,180	-,108	,072	,133	-,094	,067	,161	-,096	,054	,074
APOYO SOCIAL * E.	-,262	,110	,017	-,265	,109	,016	-,251	,109	,021	-,150	,087	,087

ESTRESANTE												
APOYO MADRE * E. ESTRESANTE	,040	,045	,381	,033	,043	,447	,056	,041	,174	,022	,032	,484
AUTOEFICACIA * APOYO SOCIAL * APOYO MADRE	,002	,007	,812	,001	,006	,836	-,002	,005	,662			
AUTOEFICACIA * APOYO SOCIAL * E. ESTRESANTE	-,012	,010	,226	-,011	,010	,238	-,009	,009	,298			
AUTOEFICACIA * APOYO MADRE * E. ESTRESANTE	,006	,006	,258	,005	,005	,304	,008	,005	,094			
APOYO SOCIAL * APOYO MADRE * E. ESTRESANTE	-,025	,028	,363	-,021	,026	,428	-,029	,021	,177			
AUTOEFICACIA * APOYO SOCIAL * EDAD	-,003	,020	,880	-,004	,020	,834	,007	,018	,705			
AUTOEFICACIA * APOYO MADRE * EDAD	-,003	,011	,816	-,002	,011	,833	,002	,010	,822			
AUTOEFICACIA * E. ESTRESANTE * EDAD	-,029	,022	,195	-,028	,022	,208	-,027	,021	,198			
APOYO SOCIAL * APOYO MADRE * EDAD	-,014	,045	,765	-,009	,044	,842	-,006	,038	,876			
APOYO SOCIAL * E. ESTRESANTE * EDAD	,119	,092	,198	,127	,091	,164	,096	,087	,271			
APOYO MADRE * E. ESTRESANTE * EDAD	,004	,032	,901	,008	,031	,796	,002	,026	,928			
AUTOEFICACIA * APOYO SOCIAL * APOYO MADRE * E. ESTRESANTE	,003	,002	,233	,004	,002	,075						

AUTOEFICACIA * APOYO SOCIAL * APOYO MADRE EDAD	-,009	,004	,029	-,009	,004	,030 <sup>a</sup>
AUTOEFICACIA * APOYO SOCIAL * E. ESTRESANTE * EDAD	,008	,006	,239	,007	,006	,254
AUTOEFICACIA * APOYO MADRE * E. ESTRESANTE * EDAD	,005	,004	,233	,004	,004	,252
APOYO SOCIAL * APOYO MADRE * E. ESTRESANTE * EDAD	-,002	,021	,921	-,007	,018	,711
AUTOEFICACIA * APOYO SOCIAL * APOYO MADRE * E. ESTRESANTE * EDAD	,001	,001	,611			

Nota: Valores estimados con predictores centrados respecto de su promedio.

<sup>a</sup> Se realizó el un análisis step-down específico para analizar la significación estadística de esta interacción, resultado no significativa

b = Coeficiente de regresión; SE b = error del coeficiente de regresión,

\*\*  $p < .001$

**TABLA 3: PROCEDIMIENTO STEP-DOWN EN EL MODELO PREDICTIVO INTERACCIONAL DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS**  
**PREDICTORES: GÉNERO, APOYO SOCIAL, APOYO MADRE, EVENTOS ESTRESANTES.**

	<i>b</i>	<i>SE b</i>	<i>p.</i>									
GENERO	5,354	,890	,000	5,407	,885	,000	5,413	,843	,000	5,393	,838	,000
APOYO SOCIAL	-1,562	,341	,000	-1,578	,339	,000	-1,639	,331	,000	-1,703	,221	,000
APOYO MADRE	-,215	,169	,202	-,208	,168	,217	-,202	,159	,206	-,229	,087	,000
EVENTO ESTRESANTE	,689	,232	,003	,683	,231	,003	,734	,221	,001	,744	,169	,008
GENERO* APOYO SOCIAL	-,098	,473	,836	-,055	,467	,907	-,077	,465	,868			
GENERO * APOYO MADRE	-,071	,205	,729	-,090	,203	,658	-,080	,189	,672			
GENERO * E. ESTRESANTE	,122	,380	,748	,099	,378	,794	,105	,362	,772			
APOYO SOCIAL * APOYO MADRE	-,063	,086	,469	-,046	,082	,572	-,015	,039	,707			
APOYO SOCIAL * E. ESTRESANTE	-,125	,090	,165	-,131	,089	,141	-,090	,075	,230			
APOYO MADRE * E. ESTRESANTE	,009	,051	,860	,002	,049	,971	,018	,031	,566			
APOYO SOCIAL * APOYO MADRE * E. ESTRESANTE	,006	,015	,685	,002	,013	,874						

APOYO SOCIAL* APOYO MADRE * GENERO	,045	,105	,667	,029	,101	,772
APOYO SOCIAL * E. ESTRESANTE * GENERO	,183	,189	,332	,199	,187	,286
APOYO MADRE * E. ESTRESANTE * GENERO	,034	,072	,641	,038	,072	,599
APOYO SOCIAL * APOYO MADRE * E. ESTRESANTE * GENERO	-,019	,033	,559			

Nota: Valores estimados con predictores centrados respecto de su promedio.  
b = Coeficiente de regresión; SE b = error del coeficiente de regresión,  
\*\*  $p < .001$

**TABLA 4: PROCEDIMIENTO STEP-DOWN EN EL MODELO PREDICTIVO INTERACCIONAL DE SÍNTOMAS  
DEPRESIVOS  
PREDICTORES: AUTOEFICACIA, GÉNERO, EVENTOS ESTRESANTES**

	<i>b</i>	<i>SE b</i>	<i>p.</i>	<i>b</i>	<i>SE b</i>	<i>p.</i>	<i>b</i>	<i>SE b</i>	<i>p.</i>
AUTOEFICACIA	-,720	,074	,000	-,728	,073	,000	-,672	,048	,000
EVENTO ESTRESANTE	,455	,201	,024	,483	,198	,015	,519	,153	,001
SEXO	4,340	,785	,000	4,260	,778	,000	4,317	,775	,000
SEXO * AUTOEFICACIA	,086	,099	,385	,093	,098	,342			
SEXO * E. ESTRESANTE	,174	,328	,596	,138	,325	,671			
AUTOEFICACIA *E. ESTRESANTE	,002	,021	,906	,012	,017	,461			
AUTOEFICACIA *E. ESTRESANTE * SEXO	,029	,035	,411						

Nota: Valores estimados con predictores centrados respecto de su promedio.  
b = Coeficiente de regresión; SE b = error del coeficiente de regresión,  
\*\*  $p < .001$