

Eduardo Fonseca-Pedrero^{1,3}
Mercedes Paino^{2,3}
Serafín Lemos-Giráldez^{2,3}
José Muñiz^{2,3}

Prevalencia y características de la sintomatología depresiva en adolescentes no clínicos

¹Departamento de Ciencias de la Educación
Universidad de La Rioja, España

²Departamento de Psicología
Universidad de Oviedo, España

³Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental
Madrid, España (CIBERSAM)

Introducción. Los síntomas depresivos son un fenómeno bastante común en niños y adolescentes que parecen fluctuar en función del género y la edad.

Objetivo. El objetivo del presente trabajo fue examinar la prevalencia de los síntomas depresivos en función del género y la edad, en una muestra representativa de adolescentes de la población española.

Método. La gravedad de la sintomatología depresiva se evaluó mediante la *Reynolds Depression Adolescent Scale* (RADS) (Reynolds, 2002). La muestra final la conformaron 1.683 adolescentes no clínicos, 818 varones (48,6%), con una edad media de 15,9 años ($DT = 1,2$).

Resultados. El 2,5% de la muestra total superó el punto de corte de 77 puntos en la RADS, indicativo de una clara gravedad de la sintomatología depresiva. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en función del género y la edad cuando se compararon las puntuaciones medias de las subescalas y la puntuación total de la RADS. Las mujeres obtuvieron puntuaciones más altas que los varones en las subescalas Disforia y Quejas somáticas, así como en la puntuación total de la RADS. Los adolescentes de entre 17-19 años obtuvieron una mayor puntuación en la subescala Disforia en comparación con el grupo de 14-16 años.

Conclusiones. Los síntomas depresivos son un fenómeno bastante común dentro de este grupo de edad. Estos resultados son consistentes con los encontrados en la literatura previa y tienen claras implicaciones de cara a la comprensión de este fenómeno psicológico en este sector de la población, así como en lo relativo al establecimiento de programas de

prevención y detección temprana de participantes de riesgo de desarrollar trastornos del estado de ánimo.

Palabras clave:
Depresión; Prevalencia; Adolescentes; RADS; Síntomas depresivos subclínicos.

Actas Esp Psiquiatr 2011;39(4):217-25

Prevalence and characteristics of depressive symptomatology in non clinical adolescents

Introduction. Depressive symptoms are fairly common in children and adolescents, and vary as a function of gender and age.

Objective. The objective of the present study was to examine the prevalence of depressive symptoms as a function of gender and age in a representative sample of Spanish adolescents.

Method. The severity of the depressive symptomatology was assessed using the Reynolds Depression Adolescent Scale (RADS). The final sample was composed of 1,683 nonclinical adolescents, 818 males (48.6%), with a mean age of 15.9 years ($SD = 1.2$).

Results. Of the total sample, 2.5% obtained a higher score than the cut-off point of 77 on the RADS, which indicates a clear severity in the depressive symptomatology. Statistically significant differences were found as a function of gender and age when the mean scores on the subscales and the RADS total score were compared. Females obtained higher scores than males on the Dysphoria and Somatic Complaints subscales, as well as in the RADS total score. The 17-19-year-old adolescents obtained higher scores in the Dysphoria subscale compared to the 14-16 year-old group.

Conclusions. Depressive symptoms are a fairly common phenomenon within this age group. These

Correspondencia:
Eduardo Fonseca-Pedrero
Departamento de Ciencias de la Educación
Universidad de La Rioja
C/ Luis de Ulloa, s/n, Edificio VIVES
C.P.: 26002, Logroño, La Rioja, España
Teléfono: +34 941 299 309
Fax: +34 941 299 333
Correo electrónico: efonseca@cop.es

results are consistent with those found in previous literature and have clear implications with a view to understanding this psychological phenomenon in this age group as well as establishing prevention and early detection programs for participants at risk of developing affective disorders.

Key words:

Depression; Prevalence; Adolescents; RADS; Subclinical depressive symptoms.

INTRODUCCIÓN

Actualmente se estima que los trastornos depresivos encabezan la lista de los trastornos mentales en todo el mundo constituyendo, junto con los trastornos de ansiedad, aproximadamente un 25% de las consultas médicas, y barajándose de este modo cifras de en torno a 121 millones de personas con este trastorno¹⁻³. A pesar de la existencia de un mejorado sistema de salud público y una industria multimillonaria en torno a los antidepressivos, las tasas de depresión siguen siendo alarmantemente altas.

Las mayores tasas de depresión en la edad adulta están asociadas con la depresión en la infancia y la adolescencia, por lo que actualmente los esfuerzos se encaminan a detectar y tratar precozmente a niños y adolescentes con síntomas depresivos^{4,5}. En los últimos años, ha habido un aumento en la incidencia de la depresión a edades tempranas, además de un incremento de las tasas o intentos de suicidio por lo que, al igual que ocurre con la depresión adulta, la depresión infantil y adolescente constituyen también uno de los mayores problemas de salud en nuestra sociedad actual. Los estudios epidemiológicos arrojan cifras de en torno a un 0,4-2,5% en niños, y entre un 0,4 y 8,3% en adolescentes⁵⁻⁸, si bien en estudios de prevalencia llevados a cabo en España, se pueden encontrar porcentajes de entre un 4-14%⁹⁻¹⁴.

Al igual que ocurre en la expresión de los síntomas depresivos en población adulta, el género y la edad parecen jugar un rol importante en la expresión fenotípica de este conjunto de signos y síntomas a edades tempranas^{12, 15-17}. En cuanto al género, la tasa de niños y niñas depresivos es aproximadamente la misma hasta los 12 años, edad a partir de la cual la ratio pasa a ser de 2:1, con una mayor incidencia en las chicas^{5, 16, 18}. En cuanto al papel de la edad, se estima que la prevalencia de la depresión mayor es aproximadamente del 0,5% para la edad preescolar, ascendiendo al 2% de la población en la edad escolar y pudiendo llegar en la edad adolescente hasta un 5%^{8, 9}.

Estas tasas de prevalencia se refieren al diagnóstico formal de los trastornos del estado de ánimo depresivo en muestras comunitarias, y parecen reflejar solamente la

punta del iceberg, pudiéndose encontrar dichas tasas de prevalencia infra-diagnosticadas. Sin ir más lejos, se pueden hallar síntomas y signos depresivos que, sin alcanzar un nivel clínico, tienen un claro impacto en el funcionamiento de las personas, y que se conocen con el nombre de síntomas depresivos subclínicos. Trabajos previos encuentran que entre el 20 y el 50% de los adolescentes refieren estos niveles subclínicos de depresión^{19, 20}. La presencia de estos síntomas subclínicos en niños y adolescentes se ha asociado con un mayor riesgo para el posterior desarrollo problemas diversos, tales como trastornos depresivos, conductas suicidas, deterioro funcional²¹⁻²³ o problemas de rendimiento académico (p. ej, falta de motivación para el aprendizaje, relaciones sociales deficitarias en la escuela o dificultades en lectura y escritura)²⁴. En este sentido, se pueden considerar los síntomas depresivos subclínicos como uno de los factores de riesgo más relevantes para la predicción futura del síndrome depresivo y que, al mismo tiempo, impactan en la vida de los jóvenes en diferentes ámbitos, incluyendo la esfera académica y social. No cabe duda de que la identificación de estos participantes de riesgo antes de la expresión clínica del trastorno es por tanto de suma importancia, siendo su fin último la aplicación de estrategias de intervención precoz^{5, 25-27} de cara a mitigar, aliviar o retrasar el posible impacto del trastorno psicológico.

Hasta el momento, en España, se han llevado a cabo pocos estudios de naturaleza empírica que traten de analizar y comprender la expresión de los síntomas depresivos subclínicos en población general adolescente. Dentro de este contexto de investigación, el principal objetivo del presente trabajo fue examinar la presencia de sintomatología depresiva en una muestra representativa de adolescentes de la población general española. Asimismo, se examinó el papel que desempeñan el género y la edad en la expresión fenotípica de este tipo de sintomatología. El estudio de las tasas de prevalencia nos permite una mejor comprensión de la depresión en este sector de la población y posibilita la mejora de los sistemas de salud pública a nivel de detección, intervención, tratamiento y gestión de recursos. De acuerdo con investigaciones previas, nos guía la hipótesis de que un porcentaje reducido de adolescentes llegará a informar de un nivel depresivo grave, si bien el porcentaje que informará de síntomas depresivos a nivel subclínico será elevado. Asimismo, se hipotetiza que la sintomatología depresiva variará en función del género y la edad de los adolescentes.

MÉTODO

Participantes

Se realizó un muestreo aleatorio estratificado, por conglomerados, a nivel de aula, en una población aproximada de treinta y siete mil estudiantes seleccionados del Princi-

pado de Asturias. Los alumnos pertenecían a diferentes centros escolares, públicos y privados, de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) y Ciclos de Formación Profesional así como a diferentes niveles socioeconómicos. Los estratos se crearon en función de la zona geográfica (Oriente, Occidente, Cuenca Minera y Central) y la etapa escolar (obligatoria y post-obligatoria), en donde la probabilidad de extracción del centro escolar venía dada en función del número de alumnos. La muestra final la formaron 1.659 estudiantes, 801 varones (48,3%) y 858 (51,7%) mujeres, pertenecientes a 35 centros escolares y 95 aulas. La edad media fue de 15,9 años ($DT = 1,2$), oscilando el rango de edad entre los 14 y los 19 años. La distribución por edades fue: 14 años ($n = 209$), 15 años ($n = 439$), 16 años ($n = 480$), 17 años ($n = 351$), 18 años ($n = 156$) y 19 años ($n = 29$). En función del sistema educativo español, y para establecer posibles comparaciones se crearon dos grupos de edad: 14-16 años ($n = 1.123$) y 17-19 años ($n = 536$).

Procedimiento

La administración de los cuestionarios se llevó a cabo de forma colectiva, en grupos de 10 a 35 estudiantes, durante el horario escolar y en un aula acondicionada para este fin. El estudio fue presentado a los participantes como una investigación sobre las diversas características de la personalidad, asegurándoles la confidencialidad de sus respuestas, así como el carácter voluntario de su participación. Se solicitó, además, el consentimiento paterno de los participantes menores de 18 años. La administración de los cuestionarios se realizó en todo momento bajo la supervisión de un colaborador. Este estudio se encuadra dentro de una investigación más amplia sobre detección e intervención temprana de trastornos psicológicos.

Instrumentos

Reynolds Adolescent Depression Scale (RADS)^{28, 29}. La RADS es un autoinforme utilizado para la evaluación de la gravedad de la sintomatología depresiva en adolescentes con edades comprendidas entre los 12 y los 20 años. Este autoinforme fue desarrollado para su utilización como prueba de *screening* en la identificación de la sintomatología depresiva en adolescentes en el ámbito educativo y clínico, así como para la investigación y la evaluación de los resultados de los tratamientos. Consta de un total de 30 afirmaciones en formato de respuesta *Likert* de 4 opciones (1 = "casi nunca"; 4 = "casi siempre"). Las puntuaciones oscilan entre 30 y 120, situándose el punto de corte para juzgar la gravedad de la sintomatología depresiva en 77 puntos o más²⁸. Recientemente, Reynolds²⁹ ha propuesto cuatro escalas para este autoinforme: Anhedonia, Quejas somáticas, Autoevaluación negativa y Disforia. La RADS ha sido ampliamente utilizada, en temáticas diversas, presentando adecuadas propiedades

psicométricas, referidas a la consistencia interna, fiabilidad test-retest y evidencias de validez²⁹⁻³³. En este estudio, se utilizó la versión española validada en una muestra de 1.384 adolescentes no clínicos y 217 clínicos¹². La consistencia interna y la fiabilidad test-retest de la adaptación española osciló entre 0,82-0,90 (muestra no clínica) y 0,84-0,91 (muestra clínica). Asimismo, la estructura factorial de 4 factores ha sido replicada en una muestra independiente de adolescentes españoles³⁴ y se han obtenido diferentes evidencias de validez^{12, 35}.

*Escala Oviedo de Infrecuencia de Respuesta (INF-OV)*³⁶. Es un autoinforme compuesto por 12 ítems en formato *Likert* de 5 puntos (1= "totalmente en desacuerdo"; 5= "totalmente de acuerdo") que se ha desarrollado siguiendo las directrices para la construcción de tests^{37, 38}. Su objetivo es detectar a aquellos participantes que responden de forma azarosa, pseudoazarosa o deshonesto en autoinformes. De este modo, 69 alumnos con más de 3 ítems con puntuaciones incorrectas, fueron eliminados de la muestra.

RESULTADOS

Estadísticos descriptivos

La media de la puntuación total de la RADS para la muestra completa fue de 50,62 ($DT = 10,02$). El rango de puntuaciones osciló entre 33 y 102 puntos, y un 2,5% ($n = 42$) de la muestra total se situó por encima del punto de corte de 77 puntos, indicativo de gravedad de la sintomatología depresiva. En el caso de los varones, la puntuación total osciló entre 33 y 100, y en las mujeres entre 33 y 102. El 2,6% ($n = 21$) de los varones y el 2,4% ($n = 21$) de las mujeres puntuó por encima del punto de corte establecido por Reynolds²⁸ de síntomas depresivos graves. En función de la edad, la puntuación del grupo de 14-16 años osciló entre 33 y 102, y en el grupo de 17-19 años, entre 33 y 99. El 2,7% ($n = 30$) de los adolescentes entre 14-16 años y el 2,2% ($n = 12$) de los participantes entre 17-19 años puntuó por encima de 77 puntos. En la Tabla 1 se presentan las puntuaciones medias y desviaciones típicas para los ítems de la RADS, tanto para la muestra total, como en función del género y los dos grupos de edad.

Reynolds²⁸ estableció el punto de corte de la RADS para determinar la gravedad de la sintomatología, en función de la puntuación total correspondiente al centil 90 (puntuaciones ≥ 77). No obstante, en un segundo análisis del presente estudio, y en convergencia con trabajos previos¹², se ha tenido además en cuenta el punto de corte correspondiente al centil 90 en esta muestra (en este caso, puntuación ≥ 63). Se ha encontrado que el porcentaje de adolescentes que presentan gravedad de sintomatología depresiva asciende al 7,5% ($n = 124$). Además, en función del género, el 6,6% ($n = 53$) de los chicos y el 8,3% ($n = 71$) de las chicas superaron

Tabla 1

Estadísticos descriptivos (media y desviación típica) para los ítems de la Reynolds Adolescent Depression Scale

Ítems	Total (n = 1659) Media (DT)	Hombres (n = 801) Media (DT)	Mujeres (n = 858) Media (DT)	14-16 años (n = 1123) Media (DT)	17-19 años (n = 536) Media (DT)
1. Me siento feliz	1,69 (0,75)	1,70 (0,74)	1,67 (0,75)	1,68 (0,75)	1,73 (0,75)
2. Estoy preocupado por mi rendimiento escolar	2,82 (0,91)	2,72 (0,91)	2,90 (0,90)	2,80 (0,92)	2,87 (0,90)
3. Me siento solo	1,47 (0,68)	1,43 (0,68)	1,52 (0,68)	1,46 (0,68)	1,51 (0,69)
4. Creo que no gusto a mis padres	1,34 (0,70)	1,32 (0,71)	1,35 (0,69)	1,34 (0,70)	1,33 (0,70)
5. Me siento importante	3,03 (0,80)	2,90 (0,85)	3,14 (0,74)	3,02 (0,82)	3,04 (0,76)
6. Deseo aislarme, apartarme de los demás	1,44 (0,68)	1,41 (0,67)	1,47 (0,69)	1,43 (0,68)	1,46 (0,67)
7. Me siento triste	1,73 (0,70)	1,60 (0,69)	1,85 (0,69)	1,72 (0,72)	1,76 (0,65)
8. Tengo ganas de llorar	1,66 (0,71)	1,36 (0,59)	1,93 (0,69)	1,65 (0,71)	1,68 (0,69)
9. Siento que nadie se preocupa por mí	1,47 (0,72)	1,44 (0,76)	1,49 (0,71)	1,46 (0,72)	1,45 (0,72)
10. Tengo ganas de divertirme con los otros chicos	1,48 (0,77)	1,49 (0,74)	1,47 (0,79)	1,46 (0,76)	1,53 (0,78)
11. Me siento enfermo	1,38 (0,63)	1,32 (0,60)	1,43 (0,66)	1,36 (0,62)	1,43 (0,67)
12. Creo que me quieren	1,70 (0,84)	1,77 (0,88)	1,63 (0,80)	1,70 (0,85)	1,70 (0,83)
13. Tengo ganas de huir de casa	1,54 (0,87)	1,45 (0,83)	1,62 (0,89)	1,53 (0,88)	1,55 (0,86)
14. Tengo ganas de hacerme daño	1,11 (0,45)	1,12 (0,50)	1,10 (0,39)	1,13 (0,47)	1,09 (0,39)
15. Creo que no gusto a mis compañeros	1,30 (0,60)	1,27 (0,58)	1,32 (0,62)	1,31 (0,61)	1,29 (0,57)
16. Me siento molesto, irritado	1,54 (0,69)	1,46 (0,69)	1,63 (0,69)	1,52 (0,70)	1,61 (0,67)
17. Creo que la vida es injusta	2,20 (1,0)	2,21 (1,0)	2,18 (0,97)	2,20 (1,0)	2,20 (0,99)
18. Me siento cansado	1,99 (0,79)	1,93 (0,83)	2,06 (0,75)	1,98 (0,81)	2,03 (0,76)
19. Creo que soy malo	1,31 (0,59)	1,35 (0,64)	1,27 (0,55)	1,31 (0,59)	1,31 (0,61)
20. Creo que no sirvo para nada	1,32 (0,64)	1,28 (0,62)	1,36 (0,65)	1,33 (0,65)	1,32 (0,63)
21. Me compadezco, siento lástima de mí	1,24 (0,58)	1,25 (0,58)	1,24 (0,57)	1,25 (0,59)	1,24 (0,56)
22. Hay cosas que me enfurecen	2,60 (0,81)	1,61 (0,83)	2,97 (0,80)	2,61 (0,84)	2,56 (0,76)
23. Me gusta hablar con mis compañeros	1,33 (0,65)	1,40 (0,69)	1,26 (0,61)	1,33(0,66)	1,34 (0,64)
24. Tengo problemas para dormir	1,62 (0,86)	1,57 (0,85)	1,67 (0,88)	1,61 (0,85)	1,65 (0,90)
25. Tengo ganas de divertirme	1,24 (0,59)	1,28 (0,63)	1,20 (0,56)	1,23 (0,61)	1,25 (0,57)
26. Me siento preocupado	2,03 (0,76)	1,93 (0,79)	2,12 (0,74)	1,98 (0,77)	2,14 (0,75)
27. Tengo dolores de estómago	1,56 (0,69)	1,44 (1,1)	1,68 (0,73)	1,55 (0,68)	1,60 (0,71)
28. Me aburro	2,08 (0,80)	2,12 (0,86)	2,05 (0,75)	2,09 (0,81)	2,08 (0,79)
29. Me gusta comer	1,81 (0,86)	1,73 (0,81)	1,89 (0,91)	1,84 (0,88)	1,76 (0,83)
30. Siento que lo que hago no sirve para nada	1,53 (0,74)	1,50 (0,75)	1,56 (0,74)	1,51 (0,74)	1,57 (0,75)

Nota: los ítems 1, 5, 10, 12, 23, 25 y 29 han sido recodificados de acuerdo con el formato de corrección de la RADS. Una vez recodificados los ítems, mayores puntuaciones indican mayor nivel de gravedad en la sintomatología depresiva.

este criterio. En tercer lugar, en función de la edad, el 7,3% ($n = 82$) del grupo de 14-16 años y el 7,8% ($n = 42$) del grupo de 17-19 años, puntuaron 63 o más en la puntuación total de la RADS.

Prevalencia de los síntomas depresivos

En la tabla 2 se recoge el número de participantes para la muestra total, y hombres y mujeres separadamente, y en

Tabla 2 Porcentaje de participantes de la muestra total, y de hombres y mujeres que puntuaron 3 o 4 en los ítems de la Reynolds Adolescent Depression Scale

Ítems	Total (n = 1659) % (n)	Hombres (n = 801) % (n)	Mujeres (n = 858) % (n)	14-16 años (n = 1123) % (n)	17-19 años (n = 536) % (n)
1. Me siento feliz	13,7 (227)	13,1 (105)	14,2 (148)	13,2 (148)	14,7 (79)
2. Estoy preocupado por mi rendimiento escolar	63,1 (1046)	59,4 (476)	66,4 (570)	62,3 (700)	64,6 (346)
3. Me siento solo	6,8 (113)	6,7 (54)	6,9 (59)	6,9 (77)	6,7 (36)
4. Creo que no gusto a mis padres	7,1 (117)	7,1 (57)	7,0 (60)	7,3 (82)	6,5 (35)
5. Me siento importante	79,6 (1320)	73,0 (585)	85,7 (735)	79,1 (888)	80,6 (432)
6. Deseo aislarme, apartarme de los demás	6,5 (108)	6,2 (50)	6,8 (58)	6,8 (76)	6,0 (32)
7. Me siento triste	11,3 (187)	8,7 (70)	13,6 (117)	12,2 (137)	9,3 (50)
8. Tengo ganas de llorar	10,1 (168)	4,0 (32)	15,9 (136)	10,2 (114)	10,1 (54)
9. Siento que nadie se preocupa por mí	8,1 (134)	8,2 (66)	7,9 (68)	8,5 (95)	7,3 (39)
10. Tengo ganas de divertirme con los otros chicos	11,0 (182)	10,9 (87)	11,1 (95)	10,5 (118)	11,9 (64)
11. Me siento enfermo	4,5 (75)	4,1 (33)	4,9 (42)	4,1 (46)	5,4 (29)
12. Creo que me quieren	16,6 (276)	19,4 (155)	14,1 (121)	16,5 (185)	17,0 (91)
13. Tengo ganas de huir de casa	13,6 (225)	11,5 (92)	15,5 (133)	13,6 (153)	13,4 (72)
14. Tengo ganas de hacerme daño	2,6 (43)	3,4 (27)	1,9 (16)	3,1 (35)	1,5 (8)
15. Creo que no gusto a mis compañeros	4,0 (67)	4,0 (32)	4,1 (35)	4,5 (50)	3,2 (17)
16. Me siento molesto, irritado	8,1 (135)	8,1 (65)	8,2 (70)	8,1 (91)	8,2 (44)
17. Creo que la vida es injusta	34,2 (567)	35,6 (286)	32,8 (281)	34,6 (388)	33,4 (179)
18. Me siento cansado	22,2 (369)	20,0 (160)	24,4 (209)	22,0 (247)	22,8 (122)
19. Creo que soy malo	4,7 (78)	6,1 (49)	3,4 (29)	4,4 (49)	5,4 (29)
20. Creo que no sirvo para nada	5,2 (86)	5,2 (42)	5,1 (44)	5,5 (62)	4,5 (24)
21. Me compadezco, siento lástima de mí	4,2 (69)	4,5 (36)	3,8 (33)	4,5 (51)	3,4 (18)
22. Hay cosas que me enfurecen	49,9 (828)	50,9 (408)	49,0 (420)	50,8 (570)	48,1 (258)
23. Me gusta hablar con mis compañeros	6,7 (111)	7,5 (60)	5,9 (51)	6,9 (77)	6,3 (34)
24. Tengo problemas para dormir	14,3 (238)	12,9 (103)	15,7 (135)	13,9 (156)	15,3 (82)
25. Tengo ganas de divertirme	4,8 (79)	5,6 (45)	4,0 (34)	4,8 (54)	4,7 (25)
26. Me siento preocupado	21,5 (356)	19,4 (155)	23,4 (201)	19,2 (216)	26,1 (140)
27. Tengo dolores de estómago	7,8 (130)	5,2 (42)	10,3 (88)	7,5 (84)	8,6 (46)
28. Me aburro	24,1 (299)	26,8 (215)	21,4 (184)	24,9 (280)	22,2 (119)
29. Me gusta comer	22,3 (370)	18,0 (144)	26,3 (226)	23,9 (268)	19,0 (102)
30. Siento que lo que hago no sirve para nada	8,9 (147)	9,2 (74)	8,5 (73)	8,9 (100)	8,8 (47)

Nota: los ítems 1, 5, 10, 12, 23, 25 y 29 han sido recodificados de acuerdo con el formato de corrección de la RADS. Una vez recodificados los ítems, mayores puntuaciones indican mayor nivel de gravedad en la sintomatología depresiva.

función del grupo de edad que puntuaron 3 o 4 ("bastantes veces" o "casi siempre") en las opciones de respuesta de los ítems que componen la RADS. Como se puede observar, un porcentaje considerable de los participantes informó de

síntomas depresivos subclínicos del tipo de quejas somáticas, anhedonia (incapacidad para experimentar placer), autoevaluaciones negativas o disforia. Sin ir más lejos, el 6,8% de la muestra refirió *sentirse solo* (ítem 3) bastantes veces

o casi siempre, y el 11,3% alegó *sentirse triste* (ítem 7) en función de este mismo criterio. Del mismo modo, el 10,1% de la muestra puntuó 3 o 4 en el ítem 8 (*tener ganas de llorar*), y el 14,3% en el ítem 24 "*tengo problemas para dormir*". Es interesante mencionar que al menos 46 participantes indicaron *tener ganas de hacerse daño* bastantes veces o casi siempre. Los ítems que obtuvieron una mayor tasa de respuestas afirmativas en la muestra total fueron el ítem 5 (*Me siento importante*) -este ítem se debe interpretar en el sentido contrario, ya que en función de los criterios de corrección este ítem es recodificado- y el ítem 2 (*Estoy preocupado por mi rendimiento escolar*). Los ítems que obtuvieron una menor tasa de respuestas afirmativas fueron el ítem 14 (*Tengo ganas de hacerme daño*) y el ítem 15 (*Creo que no gusto a mis compañeros*).

Expresión de los síntomas depresivos en función del género y la edad

A continuación, se examinó la relación del género y la edad con la gravedad de la sintomatología depresiva. Para ello se llevó a cabo un Análisis Multivariado de la Varianza (MANOVA), tomando como factores fijos el género y la edad, y como variables dependientes las subescalas y la puntuación total de la RADS. Se utilizó el valor Lambda de Wilks para observar si existían diferencias significativas en todas las variables dependientes tomadas en conjunto. Como índice de tamaño del efecto se empleó el *eta* cuadrado parcial (η^2 parcial). En la Tabla 3 se presentan las medias y las desviaciones típicas en las subescalas y la puntuación total de la RADS. En función del género, se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Las mujeres obtuvieron mayores puntuaciones que los varones en la subescala Disforia ($F = 71,30, p < 0,001, \eta^2$ parcial = 0,041) y Quejas somáticas ($F = 7,00, p < 0,001, \eta^2$ parcial = 0,004), así como en la puntuación total de la RADS ($F = 18,58, p < 0,001, \eta^2$ parcial = 0,011). En función de la edad, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la subescala Disforia ($F = 4,60, p < 0,003, \eta^2$ parcial = 0,003), donde el grupo de 14-16 años puntuó más bajo que el grupo de 17-19 años. No se encontró ninguna interacción estadísticamente significativa entre los factores género y edad.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La depresión es uno de los problemas psicológicos más comunes en nuestra sociedad³⁹. La evidencia empírica indica que la sintomatología depresiva es un fenómeno psicológico que puede tener su comienzo en la niñez o adolescencia, siendo bastante común dentro de este sector de la población⁴⁰⁻⁴³. En líneas generales las tasas de prevalencia en adolescentes en estudios internacionales oscilan entre el 3-8%^{8, 41}.

Asimismo, utilizando distintos autoinformes para la valoración de la sintomatología depresiva, se encuentra que entre el 20 y el 50% de los adolescentes refieren síntomas subclínicos de depresión^{19, 20}.

Dadas estas importantes tasas, el principal objetivo de este trabajo fue analizar la prevalencia de los síntomas depresivos en una muestra representativa de la población general adolescente española, mediante el uso de la escala RADS²⁸, y examinar el papel que desempeñan el género y la edad en la expresión fenotípica de dichos síntomas. Los resultados indicaron que un elevado porcentaje de los adolescentes evaluados informó de síntomas depresivos a nivel subclínico, y que al menos un 2,5% de los participantes superó el criterio establecido por la escala utilizada (centil 90, puntuación ≥ 77) de gravedad de la sintomatología depresiva. A falta de una evaluación psicológica y médica más exhaustiva, la sintomatología depresiva grave que presenta este 2,5% de la muestra quizás pueda ser entendida de manera análoga a la depresión clínicamente significativa, donde la gravedad de los síntomas marca la diferencia con un estado normal y transitorio de tristeza⁴⁴. Como ya se ha mencionado, las tasas de prevalencia para la depresión infanto-juvenil que arrojan los estudios epidemiológicos publicados en España se sitúan en el rango del 4-14%⁹⁻¹⁴. Quizás ese 2,5% encontrado en el presente estudio no sea comparable a estos datos debido a la heterogeneidad de las muestras y de los autoinformes utilizados; sin embargo, cuando el punto de corte se estableció en función de las características de nuestra muestra (el centil 90 se situaba en una puntuación igual o mayor a 63), la proporción de adolescentes con sintomatología depresiva grave encontrado ascendió al 7,5%, porcentaje situado claramente dentro de este rango de entre 4-14%.

La comparación de las medias de las subescalas y la puntuación total de la RADS indicó asimismo, en consonancia con la literatura previa, que la expresión de la sintomatología depresiva varía en función del género y la edad^{12, 15-17, 29, 31, 33}. En este sentido, las mujeres obtuvieron puntuaciones más elevadas en las subescalas Disforia y Quejas somáticas y en la puntuación total, y los adolescentes mayores de 16, mayor puntuación en la subescala Disforia, no así en la puntuación total de la RADS. Los resultados muestran la relevancia de la dimensión Disforia en este grupo de adolescentes, tanto en su expresión en función del sexo, como en función de la edad. Un aspecto interesante encontrado en esta investigación es que la puntuación media de la RADS en nuestra muestra es ligeramente inferior a la encontrada en muestras de otros países²⁹⁻³³. Sin embargo, estudios previos realizados en adolescentes españoles¹² muestran una puntuación media similar a la hallada en este trabajo, oscilando entre los 45,5 y los 51,3 puntos. En este sentido, la puntuación total en sintomatología depresiva medida a través de la RADS parece variar en función de la cultura de los participantes; también se han encontrado diferencias transculturales cuando se examina la prevalencia de los síntomas depresivos con otros instrumentos de medida en función del país^{45, 46}.

Tabla 3 Medias y desviaciones típicas para las subescalas y puntuación total de la Reynolds Depression Adolescent Scale (RADS) en función del género y la edad

RADS	Género		Edad	
	Hombres (n = 801) M (DT)	Mujeres (n = 858) M (DT)	14-16 años (n = 1123) M (DT)	17-19 años (n = 536) M (DT)
Disforia	13,24 (0,13)	14,75 (0,12)	13,80 (0,10)	14,18 (0,15)
Anhedonia	12,30 (0,11)	12,31 (0,10)	12,26 (0,17)	12,34 (0,13)
Autoevaluación Negativa	10,76 (0,13)	11,08 (0,12)	10,91 (0,10)	10,93 (0,15)
Quejas Somáticas	13,25 (0,12)	13,68 (0,11)	13,95 (0,09)	15,53 (0,13)
Puntuación total	49,55 (0,38)	51,82 (0,36)	50,38 (0,30)	50,99 (0,43)

Debido a que las tasas de casos de depresión continúan creciendo (en España se estima que hay más de dos millones de pacientes con depresión) y que la edad de aparición de la depresión está disminuyendo, la presencia de síntomas depresivos subclínicos en la adolescencia puede ser entendida como un importante factor predictor del riesgo de depresión en la edad adulta. Es por ello que algunos esfuerzos se dirigen actualmente a la exploración de los factores relevantes en la aparición de sintomatología depresiva en la adolescencia, destacando, entre otros, desencadenantes familiares (p.ej. familias en conflicto, presencia de trastorno depresivo en los padres), una pobre adaptación escolar y social, así como los cambios físicos y psicológicos asociados a la definición de la propia identidad característica de esta etapa⁴⁷⁻⁴⁹. El estudio de la sintomatología depresiva en la adolescencia también ha despertado interés en los ámbitos académicos debido a su impacto en las aulas. Así, múltiples síntomas depresivos, como la falta de concentración, pérdida de interés, falta de iniciativa, retardo psicomotor, baja autoestima, o el aislamiento social, pueden tener un importante efecto negativo en la ejecución escolar, traducido frecuentemente en la obtención de menores calificaciones promedio frente a alumnos sin depresión^{24, 50, 51}. Por lo tanto, la presencia de síntomas depresivos subclínicos en la adolescencia como indicador de riesgo futuro de depresión, así como el enorme impacto negativo de esta sintomatología en la ejecución escolar y social, señalan la importancia de la evaluación de los síntomas depresivos subclínicos en la adolescencia, y de manera más específica, en el ámbito académico, lo que da relevancia al presente estudio.

No obstante, los resultados encontrados deberían interpretarse a la luz de las siguientes limitaciones. En primer lugar, existe la problemática inherente a la aplicación de cualquier tipo de autoinforme, con las posibles dificultades en la interpretación y comprensión de algunos de los ítems

por parte de los participantes, así como la posibilidad de elevadas tasas de falsos positivos, por lo que hubiese sido interesante la utilización de informantes externos, como los padres o los profesores, vía hetero-informes. En segundo lugar, no hay que perder de vista la naturaleza transversal de esta investigación, con lo que no es posible establecer inferencias de causa-efecto. En tercer lugar, y no menos importante, estos síntomas deben ser siempre comprendidos y analizados dentro de un modelo bio-psicosocial, donde se consideren la interacción y combinación de una amplia diversidad de variables. En este sentido, para desarrollar un trastorno depresivo mayor es necesario la combinación de múltiples factores (genéticos, ambientales, etc.), así como la presencia necesaria de otros síntomas y signos psicopatológicos (aislamiento social, alteración significativa de la vida académica y social, etc.).

Futuras líneas de investigación deberían seguir examinando, en estudios longitudinales, el papel de los síntomas depresivos subclínicos en la predicción de los trastornos del estado de ánimo, así como su relación con otros marcadores de riesgo^{52, 53}. Del mismo modo, es de suma trascendencia el desarrollo, dentro de los sistemas de salud, de programas de detección e intervención temprana de personas de riesgo de desarrollar trastornos del estado de ánimo, con la consiguiente mejora en la gestión de los recursos de la salud pública. Finalmente, la valoración y comprensión exhaustiva de la sintomatología depresiva llevada a cabo en los propios centros escolares, tiene la finalidad última de mitigar el posible impacto que pueda ocasionar este trastorno psicológico a nivel personal, familiar y social una vez que surge.

AGRADECIMIENTOS

Esta investigación ha sido financiada por el Ministerio de Ciencia e Innovación de España (MICINN), por el Instituto

Carlos III, Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM). Referencias de los proyectos: BES 2006-12797, PSI 2008-06220 y PSI 2008-03934.

BIBLIOGRAFÍA

- Lambert KG. Rising rates of depression in today's society: Consideration of the roles of effort-based rewards and enhanced resilience in day-to-day functioning. *Neurosci Biobehav Rev* 2006;30:497-506.
- Parker G, Gladstone G, Chee KT. Depression in the planet's largest ethnic group: the Chinese. *Am J Psychiatry* 2001;158:857-64.
- World-Health-Organization. Depression. Descargado el 1 de Mayo de 2005.
- Najman JM, Heron MA, Hayatbakhsh MR, Dingle K, Jamrozik K, Bor W, et al. Screening in early childhood for risk of later mental health problems: A longitudinal study. *J Psychiatr Res* 2008;42:694-700.
- Lynch A, Glod CA, Fitzgerald F. Psychopharmacologic treatment of adolescent depression. *Arch Psychiatr Nurs* 2001;15:41-7.
- Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, Brent DA, Kaufman J, Dahl RE, et al. Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:1427-39.
- Garrison CZ, Waller JL, Cuffe SP, McKeown RE, Addy CL, Jackson KL. Incidence of major depressive disorder and dysthymia in young adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:458-65.
- Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:837-44.
- Del Barrio V. La depresión infantil: factores de riesgo y posibles soluciones. Málaga: Aljibe, 2000.
- Subira S, Obiols JE, Mitjavila M, Cuxart F, Domenech-Llavería E. Prevalencia del síndrome depresivo en una muestra de adolescentes escolarizados de 13 a 15 años. *Rev Psiquiatr Fac Med Barc* 1998;25:86-91.
- Romero K, Canals J, Hernández-Martínez C, Claustre Jané M, Viñas F, Doménech-Llavería E. Comorbilidad entre factores de ansiedad del SCARED y la sintomatología depresiva en niños de 8-12 años. *Psicothema* 2010;22:613-8.
- Figuera-Masip A, Amador-Campos JA, Peró-Caballero M. Características psicométricas de la Reynolds Adolescent Depression Scale en población comunitaria y clínica. *Int J Clin Health Psychol* 2008;8:247-66.
- Aláez Fernández M, Martínez-Arias R, Rodríguez-Sutil C. Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema* 2000;12:525-32.
- Bragado C, Carrasco I, Sánchez Bernardos ML, Bersabe RM, Montsalve T. Prevalencia de los trastornos psicopatológicos en niños y adolescentes: Resultados preliminares. *Clinica y Salud* 1995;6:67-82.
- Bennett DS, Ambrosini PJ, Kudes D, Metz C, Rabinovich H. Gender differences in adolescent depression: Do symptoms differ for boys and girls? *J Affect Disord* 2005;89:35-44.
- Angold A, Erkanli A, Silberg J, Eaves L, Costello EJ. Depression scale scores in 8-17-year-olds: Effects of age and gender. *J Child Psychol Psychiatry* 2002;43:1052-63.
- Hankin BL, Abramson LY. Development of gender differences in depression: Description and possible explanations. *Psychol Med* 1999;28:372-9.
- Del Barrio V, Moreno C, López R. Ecology of depression in Spanish children. *Eur Psychol* 1997;2:18-27.
- Kessler RC, Avenevoli S, Merikangas RK. Mood disorders in children and adolescents: An epidemiological perspective. *Biol Psychiatry* 2001;49:1002-14.
- Petersen AC, Compas BE, Brooks-Gunn J, Stemmler M. Depression in adolescence. *Am Psychol* 1993;48:155-68.
- Klein DN, Shankman SA, Lewinsohn PM, Seeley JR. Subthreshold depressive disorder in adolescents: predictors of escalation to full-syndrome depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009;48:703-10.
- Lewinsohn PM, Solomon A, Seeley JR, Zeiss A. Clinical implications of "subthreshold" depressive symptoms. *J Abn Psychology* 2000;109:345-51.
- Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM, Beautrais AL. Subthreshold depression in adolescence and mental health outcomes in adulthood. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:66-72.
- Fröjd SA, Nissinen ES, Pelkonen MUI, Marttunen MJ, Koivisto AM, Katiala-Heino RH. Depression and school performance in middle adolescent boys and girls. *J Adolesc* 2008;31:485-98.
- Tylee A. Depression in Europe: experience from the DEPRES II survey. *Eur Neuropsychopharm* 2000;10(suppl 4):S445-8.
- Cassano P, Fava M. Depression and public health. An overview. *J Psychosom Res* 2002;53:849-57.
- Harnett PH, Dadds MR. Training school personnel to implement a universal school-based prevention of depression program under real-world conditions. *J School Psychol* 2004;42:343-57.
- Reynolds WM. Reynolds Adolescent Depression Scale. Professional manual. Odessa: Psychological Assessment Resources, Inc., 1987.
- Reynolds WM. Reynolds Adolescent Depression Scale - 2nd Edition. Professional manual. Odessa: Psychological Assessment Resources, Inc., 2002.
- Reynolds WM, Mazza JJ. Reliability and validity of the Reynolds Adolescent Depression Scale with young adolescents. *J School Psychol* 1998;36:295-312.
- Maharajh HD, Ali A, Konings M. Adolescent depression in Trinidad and Tobago. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2006;15:30-7.
- Reynolds WM. Depression in children and adolescents. En: Ollendick TH, ed. *Comprehensive clinical psychology: Vol. 4. Children and adolescents: Clinical formulations and treatment*. New York: Pergamon Press, 1998; p. 419-61.
- Walker L, Merry S, Watson PD, Robinson E, Crengle S, Schaaf D. The Reynolds Adolescent Depression Scale in New Zealand adolescents. *Aust N Z J Psychiatry* 2005;39:136-40.
- Fonseca-Pedrero E, Wells C, Paino M, Lemos-Giráldez S, Villazón-García U, Sierra S, et al. Measurement invariance of the Reynolds Depression Adolescent Scale across gender and age. *Int J Test* 2010;10:133-48.
- Fonseca-Pedrero E, Paino M, Lemos-Giráldez S, Sierra-Baigrie S, Ordoñez-Cambor N, Muñiz J. Early psychopathological features in Spanish adolescents. *Psicothema* 2011;23:87-93.
- Fonseca-Pedrero E, Lemos-Giráldez S, Paino M, Villazón-García U, Muñiz J. Validation of the Schizotypal Personality Questionnaire Brief form in adolescents. *Schizophr Res* 2009;111:53-60.
- Schmeiser CB, Welch C. Test development. En: Brennan RL, ed. *Educational Measurement (4th ed.)*. Westport, CT: American Council on Education/Praeger; 2006: p. 307-53.
- Muñiz J, Fonseca-Pedrero E. Construcción de instrumentos de medida para la evaluación universitaria. *Revista de Investigación en Educación* 2008;5:13-25.
- Montejo AL, Menchón JM, Carrasco JL, Franco M, Martín M, Moriñigo A. Guía de evaluación y mejora del cumplimiento en el tratamiento a largo plazo del Trastorno depresivo mayor. *Actas*

- Esp Psiquiatr 2010;38(Sup 2):1-27.
40. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distribution of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:593-602.
 41. Birmaher B, Ryan N, Williamson D, Brent D, Kaufman J, Dahl R, et al. Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years: Part 1. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:1427-39.
 42. Cicchetti D, Toth SL. The development of depression in children and adolescents. *Am Psychol* 1998;53:221-41.
 43. Sihvola E, Keski-Rahkonen A, Dick DM, Pulkkinen L, Rose RJ, Marttunen M, et al. Minor depression in adolescence: Phenomenology and clinical correlates. *J Affect Disord* 2007;97:211-8.
 44. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4 th ed revised)*. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
 45. Crockett LJ, Randall BA, Shen YL, Russell ST, Driscoll AK. Measurement equivalence of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Latino and Anglo adolescents: A national study. *J Consult Clin Psych* 2005;73:47-58.
 46. Roberts RE, Roberts CR, Chen YR. Ethnocultural differences in prevalence of adolescent depression. *Am J Commun Psychol* 1997;25:95-110.
 47. Del Barrio V. Trastornos depresivos. En: González R, ed. *Psicopatología del niño y del adolescente*. Madrid: Pirámide; 1998, p. 229-62.
 48. Lieb R, Isensee B, Höfler M, Wittchen HU. Parental depression and depression in offspring: evidence for familial characteristics and subtypes? *J Psychiatr Res* 2002;36:237-46.
 49. Reinecke MA, Simons A. Vulnerability to Depression Among Adolescents: Implications for Cognitive-Behavioral Treatment. *Cogn Behav Pract* 2005;12:166-76.
 50. Reinherz HZ, Frost AK, Pakiz B. Changing faces: Correlates of depressive symptoms in late adolescence. *Fam Community Health* 1991;14:52-63.
 51. Shahar G, Henrich CC, Winokur A, Blatt SJ, Kuperminc GP, Leadbeater BJ. Self-criticism and depressive symptoms interact to predict middle school academic achievement. *J Clin Psychol* 2006;62:147-55.
 52. Ros-Morente A, Rodríguez-Hansen G, Vilagrà-Ruiz R, Kwapil TR, Barrantes-Vidal N. Adaptación de las Escalas de Vulnerabilidad a la Psicosis de Wisconsin al castellano. *Actas Esp Psiquiatr* 2010;38:33-41.
 53. Fonseca-Pedrero E, Paino M, Lemos-Giráldez S, Sierra-Baigrie S, Muñiz J. Factor structure and measurement invariance of the Wisconsin Schizotypy Scales across gender and age. *Span J Psychol* 2010;13(2):939-48.