

PREVALENÇA DE LA DEPRESSIÓ MAJOR EN POBLACIÓ ADOLESCENT DE 12 A 16 ANYS DEL BAIX EMPORDÀ: ESTRATÈGIES D'AFRONTAMENT, TEMPERAMENT I ÀMBITS DE BENESTAR PERSONAL

Yolanda García Moreno

Per citar o enllaçar aquest document:

Para citar o enlazar este documento:

Use this url to cite or link to this publication:

<http://hdl.handle.net/10803/384640>

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.



TESI DOCTORAL

**PREVALENÇA DE LA DEPRESSIÓ MAJOR EN POBLACIÓ
ADOLESCENT DE 12 A 16 ANYS DEL BAIX EMPORDÀ:
ESTRATÈGIES D'AFRONTAMENT, TEMPERAMENT I
ÀMBITS DE BENESTAR PERSONAL**

Autora: Yolanda García Moreno

Girona, Gener del 2016



TESI DOCTORAL

**PREVALENCIA DE LA DEPRESSIÓ MAJOR EN POBLACIÓ
ADOLESCENT DE 12 A 16 ANYS DEL BAIX EMPORDÀ:
ESTRATÈGIES D'AFRONTAMENT, TEMPERAMENT I ÀMBITS DE
BENESTAR PERSONAL**

Autora: Yolanda García Moreno

2016

Programa de Doctorat en Ciències Socials, de l'Educació i de la Salut

Dirigida per: Dr. Ferran Viñas Poch

Memòria presentada per optar al títol de Doctora per la Universitat de Girona

El Dr. Ferran Viñas Poch, del grup de recerca Infància, Adolescència, Drets dels Infants i la seva Qualitat de Vida (GRHCS049) de la Universitat de Girona,

DECLARO:

Que el treball titulat "***Prevalença de la depressió major en població adolescent de 12 a 16 anys del Baix Empordà: estratègies d'afrontament, temperament i àmbits de benestar personal***", que presenta Yolanda García Moreno per a l'obtenció del títol de doctora, ha estat realitzat sota la meva direcció.

I, perquè així consti i tingui els efectes oportuns, signo aquest document.

Signatura,

Dr. Ferran Viñas Poch

Girona, 7 de Gener 2016

ABREVIATURES

En aquest apartat presentem el recull de les abreviatures que apareixen en el transcurs d'aquesta tesi:

A.P.A:	American Psychiatric Association
ACS:	Escala de Afrontamiento para Adolescentes
BDI:	Beck Depression Inventory
CBQ:	Children's Behavior Questionnaire
CIM-10:	Classificació Internacional de Malalties, 10 ^a revisió
DM:	Depressió major
DSM-5:	Manual diagnòstic y estadístico de los trastornos mentales, 5 ^a edición
DSM-III:	Manual diagnòstic y estadístico de los trastornos mentales, 3 ^a edición
DSM-IV-TR:	Manual diagnòstic y estadístico de los trastornos mentales, 4 ^a edición revisada
DT:	Desviació típica
E.S.O:	Educació Secundària Obligatoria
EATQ-R:	Early Adolescent Temperament Questionnaire-Revised
EPQ:	Qüestionari de Personalitat d'Eysenck
IBQ-R:	Infant Behavior Questionnaire Revised
IDESCAT:	Institut d'Estadística de Catalunya
INE:	Instituto Nacional de Estadística
K-SADS-PL:	Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version
M.I.N.I. Kid:	Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents
M:	Mitjana
NYLS:	New York Longitudinal Study
OCDE:	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OMS:	Organització Mundial de la Salut
PWI:	Personal Wellbeing Index
SNC:	Sistema nerviós central
SWB:	Subjective well-being
TDAH:	Trastorn per Dèficit d'Atenció amb Hiperactivitat
YI-4:	Youth's Inventory-4

INDEX DE TAULES

<i>Taula 1. Manifestacions semiològiques relacionades amb l'aspecte depressiu o considerades com equivalents depressius (Kovacs i Beck, 1977).</i>	11
<i>Taula 2. Principals factors de risc (Lewinsohn et al., 1994).</i>	14
<i>Taula 3. Factors de risc segons el Model d'Interacció (Del Barrio, 1996).</i>	23
<i>Taula 4. Síntomes més habituals de la depressió infantil.</i>	29
<i>Taula 5. Estudis epidemiològics més importants sobre la prevalença del trastorn depressiu en joves (Del Barrio, 2010).</i>	42
<i>Taula 6. Classificació dels estils d'afrontament (Crespo i Cruzado, 1997).</i>	52
<i>Taula 7. Classificació dels estils d'afrontament (Frydenberg i Lewis, 1996).</i>	53
<i>Taula 8. Resum de les definicions de les dimensions procedents del NYLS (Thomas, Chess i Birch, 1968).</i>	68
<i>Taula 9. Resum de les escales que integren el factor control voluntari als diferents qüestionaris de temperament de Rothbart (Muris i Ollendick, 2005, pàgina 279).</i>	73
<i>Taula 10. Característiques sociodemogràfiques de la mostra.</i>	107
<i>Taula 11. Síntomes valorats amb una freqüència de "sovint" o "molt sovint" a l'YI-4 i símptomes valorats com a presents a la MINI Kid en funció del sexe.</i>	113
<i>Taula 12. Edat i diagnòstic de depressió major.</i>	114
<i>Taula 13. Distribució del grup de risc i del grup control en funció del tipus de centre.</i>	114
<i>Taula 14. Distribució del grup de risc i control en funció del lloc de naixement.</i>	115
<i>Taula 15. Lloc de naixement dels adolescents del grup control.</i>	115
<i>Taula 16. Síntomes valorats amb una freqüència de "sovint" o "molt sovint" a l'YI-4 i símptomes valorats com a presents a la MINI Kid en funció del lloc de naixement.</i>	116
<i>Taula 17. Recompte i percentatge de trastorns comòrbids en els adolescents diagnosticats de depressió major.</i>	117
<i>Taula 18. Trastorns comòrbids en el grup d'adolescents diagnosticats de depressió major en funció del gènere.</i>	118
<i>Taula 19. Mitjanes i desviació típica (entre parèntesi) de les dimensions de l'ACS en funció del grup. General.</i>	119
<i>Taula 20. Mitjanes i desviació típica de les dimensions de l'ACS en funció del grup i del gènere.</i>	120
<i>Taula 21. Resultats de la MANOVA comparant les dimensions de l'ACS, el grup i el gènere.</i>	121
<i>Taula 22. Mitjanes i desviació típica (entre parèntesi) de les dimensions del EATQ-R en funció del grup. General.</i>	124
<i>Taula 23. Mitjanes i desviació típica de les dimensions de l'EATQ-R en funció del grup i del gènere.</i>	125
<i>Taula 24. Resultats de la MANOVA comparant les dimensions de l'EATQ-R, el grup i el gènere.</i>	126
<i>Taula 25. Mitjanes i desviació típica (entre parèntesi) dels dominis de la PWI en funció del grup. General.</i>	128

<i>Taula 26. Mitjanes i desviació típica (entre parèntesi) de la puntuació global de la PWI en funció del grup i el gènere.</i>	<i>129</i>
<i>Taula 27. Mitjanes i desviació típica dels dominis del PWI en funció del grup i del gènere.</i>	<i>130</i>
<i>Taula 28. Resultats de la MANOVA comparant els dominis del PWI, el grup i el gènere.</i>	<i>132</i>
<i>Taula 29. Variables introduïdes a cada pas i estadístics.</i>	<i>135</i>
<i>Taula 30. Variables introduïdes a cada pas i estadístics de tolerància, F i Lambda de Wilks.</i>	<i>135</i>
<i>Taula 31. Coeficients estandaritzats de les funcions discriminants canòniques.</i>	<i>136</i>
<i>Taula 32. Variables predictores que entren en l'equació.</i>	<i>136</i>
<i>Taula 33. Variables introduïdes a cada pas i estadístics. Noies.</i>	<i>136</i>
<i>Taula 34. Variables introduïdes a cada pas i estadístics de tolerància, F i Lambda de Wilks.</i>	<i>137</i>
<i>Taula 35. Variables introduïdes a cada pas i estadístics. Noies.</i>	<i>137</i>
<i>Taula 36. Variables introduïdes a cada pas i estadístics de tolerància, F i Lambda de Wilks.</i>	<i>137</i>
<i>Taula 37. Model d'equacions estructurals amb les variables atenció, ignorar el problema i autoinculpar-se. General.</i>	<i>139</i>
<i>Taula 38. Model multigrup d'equacions estructurals amb les variables atenció, ignorar el problema i autoinculpar-se. Noies.</i>	<i>141</i>
<i>Taula 39. Model multigrup d'equacions estructurals amb les variables edat, atenció i satisfacció amb els resultats acadèmics. Noies.</i>	<i>143</i>
<i>Taula 40. Model multigrup d'equacions estructurals amb les variables atenció, satisfacció amb la seguretat pel futur, autoinculpar-se i ignorar el problema. Noies.</i>	<i>145</i>
<i>Taula 41. Model multigrup d'equacions estructurals amb les variables frustració i autoinculpar-se. Noies.</i>	<i>147</i>

INDEX DE FIGURES

<i>Figura 1. Els trastorns de l'estat d'ànim segons el DSM-IV-TR (APA, 2002).</i>	32
<i>Figura 2. Els trastorns depressius segons el DSM-5 (APA, 2014).</i>	33
<i>Figura 3. Els trastorns de l'estat d'ànim segons la CIM-10 (OMS, 2001).</i>	34
<i>Figura 4. Comorbiditat de la depressió infantil (adaptat de Kashani et al., 1987).</i>	44
<i>Figura 5. Model homeostàtic del benestar psicològic (Cummins, 2000).</i>	85
<i>Figura 6. Distribució per gènere a la mostra estudiada i en població general.</i>	108
<i>Figura 7. Distribució de la mostra segons les edats.</i>	108
<i>Figura 8. Distribució de la mostra per centres educatius.</i>	109
<i>Figura 9. Distribució de la mostra per cursos.</i>	109
<i>Figura 10. Distribució de la mostra segons el país o zona de naixement.</i>	110
<i>Figura 11. Distribució del país de naixement en funció de la procedència.</i>	111
<i>Figura 12. Fórmula de Villaverde, Gracia, de la Fuente, González de Rivera i Rodríguez-Pulido (1993).</i>	112
<i>Figura 13. Model predictiu amb valors estandaritzats i càrregues restringides mb les variables atenció, ignorar el problema i autoinculpar-se. General.</i>	139
<i>Figura 14. Model multigrup predictiu amb valors estandaritzats i càrregues restringides amb les variables atenció, ignorar el problema i autoinculpar-se. Nois.</i>	141
<i>Figura 15. Model multigrup predictiu amb valors estandaritzats i càrregues restringides amb les variables edat, atenció i satisfacció amb els resultats acadèmics. Nois.</i>	143
<i>Figura 16. Model multigrup predictiu amb valors estandaritzats i càrregues restringides amb les variables atenció, satisfacció amb la seguretat pel futur, autoinculpar-se i ignorar el problema. Noies.</i>	145
<i>Figura 17. Model multigrup predictiu amb valors estandaritzats i càrregues restringides amb les variables frustració i autoinculpar-se. Noies.</i>	147

*A l'amor de la meva vida i a la personeta que
m'acompanya a la meva panxolina...*

Sou l'energia dels meus dies.

AGRAÏMENTS

Després de molts anys dedicats al treball d'investigació en aquesta Tesis Doctoral, voldria manifestar amb el meu agraïment a totes les persones que m'han recolzat i ajudat en tot aquest procés tan professional com també personal.

En primer lloc, vull expressar amb total sinceritat el meu enorme agraïment al **Dr. Ferran Viñas Poch**, per donar-me la oportunitat de treballar conjuntament amb ell, per la seva professionalitat, pels seus savis consells, per dedicar-me el seu temps, per les seves correccions, per la seva paciència i sobretot per confiar en mi, donant-me ànims i forces quan més ho he necessitat. De tot cor, moltes gràcies per la teva ajuda incondicional!

També m'agradaria donar les gràcies a tots els **centres de secundària** que han col·laborat en aquesta investigació, i molt especialment a tots aquells **adolescents que han participat**, ja que sense ells aquesta tesis no s'hagués pogut realitzar.

Als **meus pares** i a la meva **germana Encarna**, pels seus ànims en tots aquests anys, que malgrat han estat uns anys duríssims a nivell personal, m'han fet treure forces d'allà on jo creia que ja no n'hi havia.

També voldria donar les gràcies a aquelles persones que han viscut directa o indirectament amb mi el dia a dia de tota aquesta investigació (**les amigues incondicionals, companys de feina**, etc.), que han compartit amb mi els moments de satisfacció que aquesta tesis m'ha comportat, així com aquells moments en què em costava veure una sortida i estava a punt de llençar la tovallola. A tots ells, moltes gràcies pels vostres ànims!

I sobretot, gràcies a tu **Iván**, el meu marit, el meu company de vida i l'amor de la meva vida, per la teva paciència, la teva comprensió, el teu suport en els moments d'alegria i en els moments més tristos i angoixants, moltes gràcies per fer-me sentir especial i per ajudar-me a aconseguir aquest gran repte. Et prometo que et recompensaré per tot aquest temps que no t'he pogut dedicar.

I per últim, m'agradaria agrair a la **personeta** que m'ha acompanyat durant l'etapa final d'aquesta tesis, aquesta personeta que ha viscut amb mi, en primera persona i en la meva pròpia pell, el desenllaç d'aquesta etapa. Gràcies per anar creixent poquet a poquet dins la meva panxolina, forta i valenta aguantant tot els nervis i l'estrès de la teva mama.

Gràcies, gràcies i infinitats de gràcies!

INDEX

RESUM	1
RESUMEN	3
ABSTRACT	5
FONAMENTACIÓ TEÒRICA	7
CAPÍTOL I	7
LA DEPRESSIÓ MAJOR A LA INFÀNCIA I ADOLESCÈNCIA	7
1.1 REVISIÓ HISTÒRICA DEL CONCEPTE	9
1.1.1 Etiologia de la depressió major	12
1.1.1.1 Models teòrics de la depressió major	12
1.1.1.2 Factors de risc de la depressió major	14
1.1.1.2.1 Factors familiars	15
1.1.1.2.2 Factors en relació a l'entorn	17
1.1.1.2.3 Factors genètics-biològics	18
1.1.1.2.4 Factors psicològics	20
1.1.1.2.5 Esdeveniments estressants	22
1.1.1.3 El Model d'Interacció entre el subjecte i els factors de risc i depressió major	22
1.1.1.4 Factors protectors de la depressió major	23
1.2 LA DEPRESSIÓ MAJOR A L'ADOLESCÈNCIA	25
1.2.1 Classificació de la depressió major segons l'etapa evolutiva	25
1.2.2 Tipus de depressió major infantil i juvenil	30
1.2.3 L'evolució dels símptomes	31
1.3 CRITERIS DIAGNÒSTICS I CARACTERÍSTIQUES	32
1.3.1 Els tipus de trastorns afectius	32
1.3.2 Els criteris diagnòstics	34
1.3.3 Els criteris diagnòstics socials	37
1.4 PREVALENCIA DE LA DEPRESSIÓ MAJOR	38
1.5 COMORBIDITAT	43
1.6 DEPRESSIÓ MAJOR I IMMIGRACIÓ	46
1.6.1 La depressió major en adolescents immigrants	47
CAPÍTOL II	49
ESTILS I ESTRATÈGIES D'AFRONTAMENT	49
2.1 REVISIÓ HISTÒRICA DEL CONCEPTE	51
2.2 ESTILS I ESTRATÈGIES D'AFRONTAMENT	51
2.3 DIFERÈNCIES D'EDAT I GÈNERE	56

2.3.1 Afrontament i edat	56
2.3.2 Afrontament i gènere	57
2.4 AFRONTAMENT I DEPRESSIÓ MAJOR	59
CAPÍTOL III	61
EL TEMPERAMENT	61
3.1 REVISIÓ HISTÒRICA DEL CONCEPTE	63
3.1.1 Teoria de Thomas i Chess (1977)	66
3.1.2 Teoria de Rothbart i Derryberry (1981)	69
3.2 ESTRUCTURA DEL TEMPERAMENT	71
3.3 TEMPERAMENT I DIFERÈNCIES DE GÈNERE	75
3.4 TEMPERAMENT I DEPRESSIÓ MAJOR	76
3.4.1 Models de relació entre temperament i depressió	77
CAPÍTOL IV	81
EL BENESTAR PSICOLÒGIC	81
4.1 REVISIÓ HISTÒRICA DEL CONCEPTE	83
4.1.1 Definició de Benestar Psicològic	83
4.2 PRINCIPALS MODELS TEÒRICS	84
4.2.1 La tradició hedònica versus eudemònica	85
4.3 EL BENESTAR PSICOLÒGIC EN L'ADOLESCÈNCIA	88
4.3.1 Benestar psicològic i depressió major	89
4.3.2 Benestar psicològic i afrontament	89
4.3.3 Benestar psicològic i temperament	90
5. OBJECTIUS I HIPÒTESIS	93
5.1 OBJECTIUS	93
5.2 HIPÒTESIS	93
6. METODOLOGIA	95
6.1 PARTICIPANTS	95
6.2. INSTRUMENTS APLICATS	95
6.2.1 Instruments aplicats a la primera fase	95
6.2.1.1 Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS), (Frydenberg i Lewis, 1996)	95
6.2.1.2 Youth's Inventory-4, Spanish Version (YI-4), (Gadow i Sprafkin, 1999)	96
6.2.1.3 Early Adolescent Temperament Questionnaire-Revised (EATQ-R), (Ellis i Rothbart, 2001) ...	98
.....	98
6.2.1.4 Personal Wellbeing Index (PWI), (Cummins, McCabe, Romeo i Gullone, 1994)	99

6.2.2 Instruments aplicats a la segona fase als participants amb simptomatologia depressiva	100
6.2.2.1 Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents (M.I.N.I. KID) (Sheehan, Shytle, Milo, 1998, versió espanyola de Colón-Soto, Díaz y Soto, 2000)	100
6.3 DISSENY	102
6.4 PROCEDIMENT	103
6.5 ANÀLISI ESTADÍSTIC	105
7. RESULTATS	106
7.1 RESULTATS DE LA PRIMERA FASE	106
7.1.1 Gènere i edat	107
7.1.2 Centres educatius i cursos	108
7.1.2 País o zona geogràfica de naixement	110
7.1.3 Distribució de la mostra en funció de la procedència dels pares	111
7.1.4 Constitució del grup de risc i del grup control	111
7.2 RESULTATS DE LA SEGONA FASE	112
7.2.1 Prevalença de la depressió major en adolescents de 12 a 16 anys de la Comarca del Baix Empordà	112
7.2.2 Simptomatologia de la depressió major en funció del gènere	112
7.2.3 Perfil sociodemogràfic dels casos de depressió major	113
7.2.3.1 Depressió major i gènere	113
7.2.3.2 Depressió major i edat	114
7.2.3.3 Depressió major i tipologia de centre	114
7.2.3.4 Depressió major i lloc de procedència	114
7.2.4 Comorbiditat de la Depressió Major	117
7.2.5 Perfil de les estratègies d'afrontament dels adolescents diagnosticats de Depressió Major	118
7.2.5.1 Estratègies d'afrontament segons grup i gènere	119
7.2.6 Perfil temperamental dels adolescents diagnosticats de Depressió Major	123
7.2.6.1 Perfil temperamental segons grup i gènere	124
7.2.7 Nivell de benestar personal dels adolescents amb diagnòstic de Depressió Major	127
7.2.7.1 Nivell global de benestar personal segons grup i gènere	128
7.2.8 Variables predictores de la Depressió Major	135
7.2.8.1 Variables predictores de la Depressió Major segons el gènere	136
7.2.9 Model explicatiu de la simptomatologia depressiva en adolescents	138
7.2.9.1 Model amb valors estandaritzats i càrregues restringides. General	138
7.2.9.2 Model multigrup segons gènere, amb valors estandaritzats i càrregues restringides. Nois	140
7.2.9.3 Model multigrup segons gènere, amb valors estandaritzats i càrregues restringides. Noies	144

8. DISCUSSIONS	149
9. CONCLUSIONS.....	159
10. LIMITACIONS DE LA INVESTIGACIÓ	163
11. FUTURES LINIES DE RECERCA	165
12. REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES	167
13. ANNEXOS	191

RESUM

La depressió és una emoció negativa que impedeix a les persones que la pateixen gaudir de la vida. Tothom ha experimentat en algun moment de la seva vida curts períodes de tristesa o desànim, però en la major part dels casos es tracta d'una situació transitòria i proporcionada al tipus d'esdeveniment viscut.

En els últims anys s'ha assistit a un important augment de la prevalença de la depressió a nivell mundial i, paral·lelament, a una disminució de l'edat d'inici, de manera que s'ha convertit, segons la Organització Mundial de la Salut (OMS, 2004) en un important problema de salut pública que afecta a uns 340 milions de persones, dels quals només un 25% tenen accés a un tractament efectiu.

A banda de l'afectació que causa la depressió infantil en l'esfera global de la persona, són molts els estudis que mostren que entre el 40% i el 70% dels infants i adolescents amb depressió major presenten també altres trastorns mentals associats, com els trastorns d'ansietat i els trastorns del comportament.

Els estudis de prevalença indiquen que les taxes de depressió major infantil van augmentant de manera paral·lela amb l'edat. Durant l'etapa infantil no hi ha diferències en la ràtio nen/nena, però a partir de l'adolescència hi ha una sobrerrepresentació de les noies.

L'objectiu principal d'aquesta investigació és conèixer la prevalença del trastorn depressiu major a la comarca del Baix Empordà (Girona) en població general adolescent, concretament entre els alumnes de 12 a 16 anys, així com també estudiar la seva relació amb les dimensions temperamentals, estils i estratègies d'afrontament i àmbits de benestar personal.

La **metodologia** utilitzada és la d'un estudi descriptiu de poblacions mitjançant enquestes amb mostres probabilístiques, amb un disseny epidemiològic transversal de doble fase. Mitjançant la tècnica del mostreig aleatori per conglomerats, on el conglomerat és l'aula, s'ha seleccionat una mostra de 734 alumnes d'entre els matriculats en els centres d'E.S.O. de la comarca del Baix Empordà durant el curs acadèmic 2008-2009. En una primera fase, se'ls hi ha administrat *l'Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS)*, per conèixer les estratègies d'afrontament; el *Youth's Inventory-4 Spanish Version (YI-4)*, per identificar trastorns emocionals i de conducta; *l'Early Adolescent Temperament Questionnaire-Revised (EATQ-R)*, per avaluar el temperament i el *Personal Wellbeing Index (PWI)*, per avaluar el nivell de benestar personal.

S'han identificat 109 casos amb risc de presentar depressió major. A l'atzar s'han seleccionat el mateix nombre de subjectes d'entre els que no presenten risc per tal de constituir un grup control equivalent en edat i sexe.

Els principals **resultats** del present treball situen la prevalença de la depressió en els adolescents en el 5.72% (2.88% en nois i 8.27% en noies), és a dir, hi ha 3.2 noies amb depressió major per cada noi. En quan a l'edat, existeix un increment de la depressió major en els adolescents de 14 i 16 anys,

respectivament. En quan a la tipologia del centre i del lloc de naixement, no s'ha obtingut diferències estadísticament significatives. En relació a la presència d'altres trastorns psicopatològics, s'ha trobat una comorbiditat de la depressió major del 66.7%, concretament amb el TDAH, el trastorn d'ansietat generalitzada i el trastorn negativista desafiant. Per gènere, els nois presenten amb major freqüència trastorns de conducta i les noies trastorns d'ansietat.

En quan als estils i estratègies d'afrontament, els adolescents del grup de risc diagnosticats de depressió major, han obtingut puntuacions superiors en les estratègies d'afrontament improductives com "*reducció de la tensió*", "*ignorar el problema*", "*autoinculpar-se*" i "*reservar-ho per un mateix*". L'estil temperamental dels adolescents diagnosticats de depressió major es caracteritza per puntuacions elevades en "*afecte negatiu*" i inferiors en "*control voluntari*". El nivell de benestar dels adolescents amb depressió major és inferior en gairebé tots els àmbits de la seva vida, a excepció de la seva religió i la manera de divertir-se.

Un objectiu específic d'aquesta recerca era conèixer si hi ha un major diagnòstic de depressió major entre els adolescents nous. Els resultats obtinguts indiquen que la prevalença és similar als adolescents nascuts a Espanya.

Amb aquests resultats, les principals **conclusions** d'aquesta investigació són que les variables predictores de la depressió major són les escales de l'ACS "*ignorar el problema*" i "*autoinculpar-se*", el nivell de satisfacció en el domini de la PWI "*amb la seguretat del teu futur*" i la dimensió temperamental "*d'atenció*" de l'EATQ-R. Pel que fa a la simptomatologia depressiva, el model que millor s'ajusta a les dades és el que inclou les variables "*atenció*" del EATQ-R, les estratègies "*ignorar el problema*" i "*autoinculpar-se*" de l'ACS i el nivell de satisfacció sobre "*la seguretat pel teu futur*" de la PWI. Els models varien en funció del sexe.

Paraules clau: adolescents, simptomatologia depressiva, depressió major, afrontament, temperament, benestar personal, immigració.

RESUMEN

La depresión es una emoción negativa que impide a las personas que la sufren gozar de su vida. Todo el mundo ha experimentado en algún momento de su vida cortos periodos de tristeza o de desánimo, pero en la mayoría de los casos se trata de una situación transitoria y proporcionada al tipo de situación vivida.

En los últimos años ha habido un importante aumento de la prevalencia de la depresión a nivel mundial y, paralelamente, una disminución en la edad de inicio, de manera que se ha convertido, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004) en un importante problema de salud pública que afecta a unos 340 millones de personas, de las cuales sólo un 25% tienen acceso a un tratamiento efectivo.

A parte de la afectación que causa la depresión infantil en la esfera global de la persona, son muchos los estudios que muestran que entre el 40% y el 70% de los niños y niñas y adolescentes con depresión mayor presentan también otros trastornos mentales asociados, como los trastornos de ansiedad y los trastornos de comportamiento.

Los estudios de prevalencia indican que las tasas de depresión mayor infantil van aumentando de manera paralela con la edad. Durante la edad infantil no existen diferencias en la ratio niño/niña, pero a partir de la adolescencia existe una sobrerrepresentación de las chicas.

El **objetivo principal** de ésta investigación es conocer la prevalencia del trastorno depresivo mayor en la comarca del Baix Empordà (Girona) en población general adolescente, concretamente entre los alumnos de 12 a 16 años, así como también estudiar su relación con las dimensiones temperamentales, estilos y estrategias de afrontamiento y ámbitos del bienestar personal.

La **metodología** utilizada es la de un estudio descriptivo de poblaciones mediante encuestas con muestras probabilísticas, con un diseño epidemiológico transversal de doble fase. Mediante la técnica del muestreo aleatorio con conglomerados, donde el conglomerado es el aula, se ha seleccionado una muestra de 734 alumnos de entre los matriculados en los centros de E.S.O. de la comarca del Baix Empordà durante el curso académico 2008-2009. En una primera fase, se les ha administrado la *Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS)*, para conocer las estrategias de afrontamiento; el *Youth's Inventory-4 Spanish Version (YI-4)*, para identificar trastornos emocionales y de conducta; el *Early Adolescent Temperament Questionnaire-Revised (EATQ-R)*, para evaluar el temperamento y el *Personal Wellbeing Index (PWI)*, para evaluar el nivel de bienestar personal.

Se han identificado 109 casos con riesgo de presentar depresión mayor. Al azar, se han seleccionado el mismo número de sujetos de entre los que no presentaban riesgo para así constituir un grupo control equivalente en edad y sexo.

Los principales **resultados** del presente estudio sitúan la prevalencia de la depresión en los adolescentes en el 5.72% (2.88% en chicos y 8.27% en chicas), es decir, hay 3.2 chicas con depresión mayor por cada

chico. En relación a la edad, existe un incremento de la depresión mayor en los adolescentes de 14 y 16 años, respectivamente. En cuanto a la tipología del centro y del lugar de nacimiento, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas. En relación a la presencia de otros trastornos psicopatológicos, se ha encontrado una comorbilidad de la depresión mayor del 66.7%, concretamente con el TDAH, el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno negativista desafiante. Por género, los chicos presentan con mayor frecuencia trastornos de conducta y las chicas trastornos de ansiedad.

En relación a los estilos y estrategias de afrontamiento, los adolescentes del grupo de riesgo diagnosticados de depresión mayor, han obtenido puntuaciones superiores en las estrategias de afrontamiento improductivas como *“reducción de la tensión”*, *“ignorar el problema”*, *“autoinculparse”* y *“reservarlo para sí mismo”*. El estilo temperamental de los adolescentes diagnosticados de depresión mayor se caracteriza por puntuaciones elevadas en *“afecto negativo”* e inferiores en *“control voluntario”*. El nivel de bienestar de los adolescentes con depresión mayor es inferior en casi todos los ámbitos de su vida, a excepción de su religión y en la manera de divertirse.

Un objetivo específico de esta investigación era conocer si existe un mayor diagnóstico de depresión mayor entre los adolescentes inmigrantes. Los resultados obtenidos indican que la prevalencia es similar a los adolescentes nacidos en España.

Con estos resultados, las principales **conclusiones** de esta investigación son que las variables predictoras de la depresión mayor son las escalas de la ACS *“ignorar el problema”* y *“autoinculparse”*, el nivel de satisfacción en el dominio de la PWI *“con la seguridad por tu futuro”* y la dimensión temperamental *“atención”* del EATQ-R. En relación a la sintomatología depresiva, el modelo que mejor se ajusta a los datos es el que incluye las variables *“atención”* del EATQ-R, las estrategias *“ignorar el problema”* y *“autoinculparse”* del ACS y el nivel de satisfacción sobre *“la seguridad por tu futuro”* de la PWI. Los modelos varían en función del sexo.

Palabras clave: adolescentes, sintomatología depresiva, depresión mayor, afrontamiento, temperamento, bienestar personal, inmigración.

ABSTRACT

Depression is a negative emotion that prevents its sufferers from enjoying life. Everyone has experienced at some point in their life short periods of sadness or low spirits, but in most cases this is a temporary situation proportionate to the type of event experienced.

In recent years, there has been a significant increase in the prevalence of depression worldwide and, at the same time, a drop in the age that it starts, so that it has become, according to the World Health Organization (WHO, 2004) a major public health problem that affects about 340 million people, of whom only 25% have access to any effective treatment.

In addition to the impact of childhood depression on the person overall, there are many studies that show that between 40% and 70% of children and adolescents with major depression also suffer from associated mental disorders, such as anxiety and eating disorders.

Prevalence studies indicate that the rates of major depression in children are increasing concurrently with age. During the period of childhood there is no difference in the boy/girl ratio, but from adolescence onwards there is an overrepresentation of girls.

The main objective of this research is to determine the prevalence of major depressive disorder in the region of Baix Empordà (Girona), generally in the adolescent population, specifically among students aged between 12 and 16 years, and also study its relationship with temperamental dimensions, coping strategies and styles, and areas of personal well-being.

The **methodology** used is that of a descriptive study of populations using surveys with probabilistic samples, with a two-phase, transversal epidemiological design. Using the technique of cluster random sampling, where the cluster is the classroom, a sample of 734 students was selected among those enrolled in the E.S.O. (compulsory secondary education) centres of the region of Baix Empordà in the academic year 2008-2009. In a first phase, they were assessed on the Adolescent Coping Scale (ACS), to find out their coping strategies; the *Youth's Inventory-4 Spanish Version (YI-4)*, to identify emotional and behavioral disorders; the *Early Adolescent Temperament Questionnaire-Revised (EATQ-R)*, to assess temperament and the *Personal Wellbeing Index (PWI)*, to evaluate the level of personal well-being.

From this sample, 109 cases were identified as being at risk of suffering major depression. At random, the same number of subjects was selected from those who were not at risk in order to set up a control group equivalent in age and gender.

The main **results** of this study indicate the prevalence of depression in teenagers at 5.72% (2.88% in boys and 8.27% in girls), that is to say, there were 3.2 girls with major depression for every boy. In terms of age, there was an increase in depression amongst teenagers between 14 and 16 years old, respectively. In terms of the type of educational centre and place of birth, no statistically significant differences were obtained. As regards the presence of other psychopathological disorders, a

comorbidity of major depression of 66.7% was found, specifically with ADHD, generalised anxiety disorder and oppositional defiant disorder. In terms of gender, the boys were most likely to have behavioural disorders and the girls; anxiety disorders.

Regarding coping styles and strategies, the risk group of adolescents diagnosed with major depression, obtained higher scores in unproductive coping strategies such as "*tension reduction*", "*ignore the problem*", "*self-blame*" and "*keep to self*". The temperamental style of the adolescents diagnosed with major depression was characterised by high scores in "*negative affect*" and lower scores in "*voluntary control*". The level of well-being of adolescents with major depression was lower in almost all areas of their life, with the exception of their religion and their way of having fun.

A specific aim of this research was to find out whether there is an increased diagnosis of major depression among newcomer adolescents. The results obtained indicate that the prevalence is similar to adolescents born in Spain.

With these results, the main **conclusions** of this research are that the major depression predictor variables are the ACS scales "*ignore the problem*" and "*self-blame*", the level of satisfaction in the PWI domain "*your future security*" and the temperamental dimension "*attention*" of the EATQ-R. With regard to depressive symptoms, the model that best fits the data is that which includes the variables "*attention*" of the EATQ-R, the strategies "*ignore the problem*" and "*self-blame*" of the ACS and the level of satisfaction regarding "*your future security*" of the PWI. The models vary depending on the gender.

Keywords: adolescents, depressive symptoms, major depression, coping, temperament, personal wellbeing, immigration.

FONAMENTACIÓ TEÒRICA

CAPÍTOL I

LA DEPRESSIÓ MAJOR A LA INFÀNCIA I ADOLESCÈNCIA

1.1 REVISIÓ HISTÒRICA DEL CONCEPTE

L'existència de depressió major com a trastorn emocional a la infantesa, durant molts anys va ser una qüestió molt polèmica i escèptica pels investigadors de l'època.

Des d'una **perspectiva científica**, durant molt de temps, els experts en psicopatologia infantil negaven l'existència de la depressió infantil per raons teòriques.

Des de la **perspectiva psicoanalítica**, defensaven que els nens i nenes en aquestes edats no podien experimentar el que ells anomenaven "*neurosis depressiva*", donat que encara no havien interioritzat el super-jo i, per tant, eren incapaços d'experimentar sentiments de culpabilitat (Rie, 1966, Rochlin, 1959). Des de la teoria psicoanalítica clàssica, la interiorització del super-jo i l'experiència de culpabilitat, eren requisits imprescindibles per als trastorns depressius (Shafii i Shafii, 1992).

Per altra banda, des de la **perspectiva conductista**, tampoc tenia cabuda la depressió infantil, ja que el conductisme desatena la investigació de qualsevol fenomen mental que no fos possible mitjançant la observació, per tant, les cognicions i les emocions (inclosa la depressió), es mantenien fora del focus d'atenció d'aquesta perspectiva.

En canvi, a la consulta dels psiquiatres i psicòlegs, es feia palès l'existència cada vegada més de nens i nenes amb simptomatologia molt semblant a la dels adults deprimits.

Les primeres descripcions de la depressió infantil van sorgir als anys 40 per dos psicoanalistes heterodoxes, René Spitz i John Bowlby.

Spitz (1965) van descobrir que alguns nens i nenes petits separats de les seves mares per ingrés en institucions, presentaven un important canvi en el seu comportament. Aquests infants presentaven plors, retraïments, desinterès, apatia, disminució de la gana, major morbiditat i estancament en el desenvolupament físic. Spitz (1965) va fer la primera definició de depressió infantil, amb un caràcter descriptiu i atèoric:

"Els nens es tornen plorans, exigents, tendeixen a aïllar-se davant l'observador quan aquest aconsegueix tenir contacte amb ells... i el ploriqueig es converteix en gemecs. S'inicia la pèrdua de pes. Hi ha una detenció de l'índex del desenvolupament...els nens es neguen al contacte, romanen postrats. S'inicia l'insomni, continua la pèrdua de pes. Hi ha una tendència a contraure malalties intercurrents; el retard motor es generalitza. S'inicia la rigidesa facial...el retard motor s'accentua i apareix la letargia. Factors etiològics: descobrim que tots els nens de la mostra que havien generat aquest síndrome tenien una experiència comuna: en cert moment, entre el sisè i el vuitè mes de vida, tots ells havien estat separats de les seves mares durant un període ininterromput de tres mesos" (Spitz, 1965, pp. 199-200).

El 10% d'aquests nens i nenes estava afectat severament i el 20% patia una intensitat mitjana. Les seves característiques estaven molt a prop del que es considerava una depressió a l'adult. Al síndrome descrit

per Spitz (1965) es va denominar "*depressió anaclítica*" o "*hospitalisme*" (Spitz i Wolf, 1945). Estudis posteriors (Spitz, 1965) confirmaren el mateix quadre i encara varen afegir més simptomatologia: inexpressió facial, anomalies en la coordinació visomotora, moviments espàstics, i inclús un índex de mortalitat alt.

Per altra banda, Bowlby (1958) va trobar un fenomen semblant que va batejar també amb el nom de "*depressió anaclítica*". Aquest tipus de depressió es presentava en nens i nenes que ja havien establert un vincle emocional (*attachement*) amb la mare i eren separats d'ella. Segons l'autor, el període més sensible per a desenvolupar aquest tipus de pertorbació es trobaria entre els sis mesos i els tres anys d'edat. L'alteració consistiria en un procés format de 3 fases: *protesta*, *desesperança* i *desvinculació* (Robertson i Bowlby, 1952). A la primera fase de protesta, el nen plora, després entraria la fase de desesperança en la recuperació de la mare i per últim, té lloc la desvinculació del món circumstant, estat que es caracteritza per una extrema inactivitat. Anys més tard, Hetherington i Martin (1972) denominarien a aquestes fases: *protesta*, *depressió* i *marasme*.

La descripció d'aquests síndromes representava els inicis de la investigació de la depressió infantil.

Malgrat l'evidència de l'existència de nens i nenes deprimits, no va ser fins l'arribada d'un nou marc teòric més favorable que va permetre desenvolupar més investigació, paradigma que va tenir lloc amb la ***perspectiva cognitivista***. Des del punt de vista d'aquest nou paradigma cognitivista i amb el reconeixement oficial de la depressió infantil en el camp mèdic i psiquiàtric, va sorgir la idea de la *indefensió apresada* (Seligman, 1975), com a explicació teòrica de la depressió que s'ajusta al model anterior de Bowlby (1958).

Als anys 70, va ser quan realment va començar a acceptar-se de manera sòlida l'existència de la depressió infantil en el IV Congrés de la Unió Europea de Paidopsiquiatres celebrat a Estocolm al 1971. A l'any 1975, la depressió infantil va ser acceptada per l'Institut Nacional de Salut Mental (National Institute of Mental Health, NIMH), com a concepte i entitat psicopatològica, organitzant el primer Symposium sobre la depressió a la infància.

Als anys 60 ja hi havia interès en descriure el tipus de depressió que comportava un procés de somatització a la infància i a l'adolescència, de la mateixa manera que succeeix en els adults. Va ser llavors quan es va començar a parlar del diagnòstic de ***depressió emmascarada***, plantejant l'aparició de màscares somàtiques i màscares psíquiques, entre les quals hi havia pseudoneurosis, pseudopsicopatia, pseudodemència, pseudoesquizofrènia i pseudoaddiccions.

Fent una revisió cronològica, Schinuk al 1947 (citada a Vallejo Ruiloba, 1987) ja parlava de la depressió emmascarada, i al 1966 el psiquiatra López Ibor va crear el terme ***equivalent depressiu***. No va ser fins al 1973 quan es va arribar a un consens per a definir la *depressió emmascarada* com "*aquelles manifestacions de depressió en què els símptomes somàtics estan en primer pla o en què els símptomes psíquics estan emmascarats*" (Vallejo Ruiloba J., 1987, pp. 598), denominant així els equivalents

depressius o "*depressio sine depressione*" (depressió sense tristesa), en el cas que faltin totalment tots els símptomes depressius. Les manifestacions somàtiques de la "*depressio sine depressione*" són inespecífiques i variades, i entre les més freqüents es troben les àlgies, parestèsies, cefalees, vertígens, trastorns gastrointestinals, cardiovasculars, respiratoris, neurovegetatius, etc.

En els seus inicis, López Ibor (1972) va establir 4 grups fonamentals de formes de presentació de la depressió emmascarada o equivalents depressius:

- 1) Dolors i parestèsies
- 2) Trastorns psicossomàtics
- 3) Vertígens agorafòbics i agorafòbia
- 4) Anorèxia nerviosa i histèria

Aquests equivalents depressius parteixen de la hipòtesi de relacionar diverses conductes de l'adolescent amb la depressió a través de la possible activitat dels tractaments farmacològics (com els antidepressius) o bé, a través de l'abordatge psicoterapèutic. És a dir, es parla d'equivalents depressius quan els símptomes milloren o desapareixen sota tractament amb antidepressius o bé sota tractament psicoterapèutic que posa de manifest l'existència d'un caràcter depressiu subjacent a aquest símptoma.

Tal i com es mostra a la Taula 1, gairebé la totalitat de les conductes simptomàtiques en l'adolescència han estat relacionades amb la depressió (Marcelli, 1992).

Taula 1.

Manifestacions semiològiques relacionades amb l'aspecte depressiu o considerades com equivalents depressius (Kovacs i Beck, 1977).

Autors	Equivalents depressius
Toolan	Trastorns del comportament (desobediència, absentisme escolar, rabietes, fugues), angoixa, nerviosisme, autodestrucció (tendències masoquistes, predisposició als accidents)
Weiner	Fatiga, angoixa, nerviosisme, hipocondria, concentració defectuosa, crides d'atenció, drogodependència, conducta sexual anàrquica, formació d'una identitat negativa
Glaser	Trastorns del comportament, delinqüència, fòbia escolar, tendències neuròtiques, queixes psicossomàtiques
Malmquist	Anorèxia nerviosa, obesitat, hipocondria, hiperactivitat
Bakmin	Agressivitat, problemes escolars, inestabilitat

És necessari anar més enllà de les conductes relacionades amb la depressió, com l'absentisme escolar o els trastorns de l'alimentació, i és en aquest sentit que cal buscar la semiologia depressiva, concretament la tristesa de l'estat d'ànim i els sentiments de menyspreu. És davant d'aquests casos quan s'ha de parlar de la depressió emmascarada.

Una vegada acceptada la realitat del trastorn depressiu a la infància i adolescència, varen començar a aplicar-se els models conductuals i cognitius de la depressió adulta abans mencionats (Shafii i Shafii, 1992).

Tot i així, en l'actualitat encara conviuen dues corrents ben diferents en quan a l'acceptació de la depressió infantil i adolescent:

- I. *La depressió és equiparable a la depressió adulta*, i com a tal, es pot diagnosticar amb els mateixos criteris i instruments independentment de l'etapa evolutiva (Carlson i Cantwell, 1980, i Ambrosini i Puig-Antich, 1985).
- II. *La depressió a la infància s'orienta més cap a l'estudi de la depressió des del punt de vista de la psicopatologia del desenvolupament*. Des d'aquesta perspectiva, és la fenomenologia dels trastorns de l'estat d'ànim en infants i joves que evoluciona de manera paral·lela amb els desenvolupament de la persona (Achenbach i Edelbrock (1983), Rutter (1986) i Kazdin (1989)).

Una vegada acceptada l'existència de la depressió infantil des dels diferents marcs teòrics, va ser quan als anys 70 es van desenvolupar gran quantitat d'activitat i material d'investigació sobre la depressió infantil.

La proliferació d'instruments d'avaluació i la massiva afluència de dades procedents d'investigacions d'arreu del món, ha fet possible que avui dia podem comptar amb un perfil sòlid sobre què és la depressió infantil, la seva prevalença i els mètodes per a la seva avaluació.

1.1.1 Etiologia de la depressió major

1.1.1.1 Models teòrics de la depressió major

Existeixen diferents corrents teòriques que expliquen el trastorn depressiu. En aquest apartat es fa una revisió dels principals models teòrics de la depressió, i aquests són els següents:

- **El Dèficit d'Habilitats Socials** (Lewinsohn i Hoberman, 1982):

Paradigma d'origen conductual. Segons aquest model, les persones deprimides no reben suficient reforç positiu dels demés, les seves habilitats socials són inadequades i les seves relacions interpersonals són precàries. Això els hi produeix una disminució de les seves relacions i de les activitats plaenters, mostrant així dèficit d'habilitats socials. La depressió pot anar acompanyada d'un retraïment social, incompetència social i un comportament social negatiu. Seguint aquesta teoria, l'entrenament en habilitats socials seria bàsic en el tractament de la depressió en infants i adolescents.

- **El Model Cognitiu de Beck** (Beck, 1976):

Segons aquest model, existeixen esquemes a través dels quals les persones filtren les seves experiències, és a dir, la percepció i l'estructura de les experiències de la persona determinen els seus sentiments i conductes. Beck, Rush, Shaw i Emery (1979) defensaven que el que produïa els estats depressius era la forma en la manera com una persona atribueix causes als fets. Segons aquesta teoria,

els pilars de la depressió s'atribueixen en base a la forma distorsionada de pensar d'algunes persones (el que els autors anomenen "*presència de distorsions cognitives*"), que arriben a transformar els esdeveniments positius en esdeveniments negatius. Aquesta teoria suggereix que els pensaments negatius juguen un paper clau en el desenvolupament i manteniment de la depressió (Beck, 1995), on les conductes, els pensaments i l'emoció estan íntimament connectats: els pensaments que tenim (les cognicions) influeixen directament en les emocions que experimentem en diferents moments de la nostra vida, i aquestes emocions influeixen en el nostre comportament. Els processos cognitius són els mecanismes de codificació, emmagatzematge i recuperació de la informació existent en les estructures cognitives (esquemes). En les persones deprimides es produeix un esquema característic que Beck (1976) denomina la "*tríada cognitiva*", i que consisteix en una visió negativa de:

- a) Si mateix: les persones deprimides mostren una consideració negativa de si mateix, una marcada tendència a considerar-se deficients, inútils i atribueixen les seves experiències desagradables i negatives a un defecte físic, moral o mental. Tendeixen a rebutjar-se a si mateixos, ja que creuen que els demés els rebutjaran.
- b) Del món: les persones deprimides es senten abatudes socialment, consideren que el món els hi juga una mala passada, els hi exigeix molt i els hi posa obstacles que interfereixen en l'aconseguiment dels objectius de la seva vida.
- c) Del futur: les persones deprimides preveuen que els seus problemes i experiències comunes continuaran indefinidament.

- ***El Model d'Indefensió Apresa*** (Seligman, 1975):

Segons aquest model, les persones comencen a desenvolupar depressió quan perceben les coses que passen al seu voltant com esdeveniments o accions incontrolables. Seguint aquesta teoria, la depressió millora quan la persona recupera el seu sentit de control sobre l'entorn. Aquesta teoria en un primer moment no es va aplicar als trastorns depressius, i no va ser fins a una posterior revisió on es va reformular com a *Model Atribucional de la Indefensió Apresa* (Abramson, Seligman i Teasdale, 1978).

- ***La Teoria de la Desesperança*** (Abramson, Metalsky i Alloy, 1989):

Es tracta d'una revisió de la teoria del Model d'Indefensió Apresa (1978). La diferència es troba en què en aquesta nova teoria no es parla de successos incontrolables, sinó de successos vitals negatius. Segons Méndez, Moreno, Sánchez-Meca, Olivares i Espada (2000), per tal que es desencadeni un trastorn depressiu, és necessari que la persona generi expectatives d'incontrolabilitat, és a dir, que experimenti un pensament anticipat d'ansietat. És llavors quan aquestes expectatives de falta de control produeixen el dèficit característic de la depressió, com la desesperança, la desmotivació i la dificultat per a nous aprenentatges adaptatius.

- ***El Model de Falta d'Autocontrol*** (Rehm, 1977):

Aquest model es basa en els estudis sobre autocontrol de Kanfer (1977), on varen trobar que les persones deprimides es consideraven deficitàries en l'autoregistre, l'autovaloració i l'autoreforçament.

El model es basa en què la depressió és conseqüència de la pèrdua de reforçament extern i que la persona focalitza de manera selectiva els successos negatius, exclouent els successos positius. Els infants i adolescents amb depressió avaluen les seves activitats de forma més negativa que els grups que no presenten simptomatologia depressiva.

1.1.1.2 Factors de risc de la depressió major

L'adolescència és un període molt important pel que fa al desenvolupament mental, durant el qual tan nois com noies experimenten grans transformacions físiques, socials i cognitives (Lenroot i Giedd, 2010).

Però, perquè alguns infants presenten depressió i d'altres no? Què els diferencia? No és possible parlar d'una única causa de la depressió, sinó que, igual que en la majoria de les alteracions psicològiques, existeix una pluralitat d'elements que conflueixen en el desencadenament del problema, tal i com s'ha comentat en l'anterior apartat.

La depressió en infants i adolescents és una patologia complexa que té múltiples factors de risc, que en ocasions interactuen entre si i poden tenir un efecte acumulatiu. És improbable que un únic factor pugui explicar el desenvolupament de la depressió, reduir la probabilitat d'ocurrència o que el seu control sigui suficient per prevenir la depressió.

El concepte de *vulnerabilitat* s'utilitza precisament per denominar la situació on el subjecte reuneix un conjunt de condicions suficients que fan probable que acabi desenvolupant una determinada patologia (Del Barrio, 1997). En el cas dels nens i nenes, la vulnerabilitat està especialment relacionada amb la seva capacitat de control emocional i als processos precoços del vincle, fent èmfasi en els trastorns de tipus emocional (Zeanah, Boris i Scheeringa, 1997).

Un estudi de Lewinsohn et al. (1994) portat a terme amb adolescents mitjançant un seguiment de dos anys (Taula 2), posa de manifest els principals factors de risc més importants per explicar l'existència d'una depressió passada, present i futura:

Taula 2.

Principals factors de risc (Lewinsohn et al., 1994).

Principals factors de risc	
Història de depressió familiar	Imatge corporal negativa
Episodi de depressió previ	Alta autoconsciència
Pertinença al sexe femení	Cognicions depressives
Problemes familiars	Problemes escolars
Baix nivell educatiu dels pares	Inadequació d'estratègies d'afrontament
Esdeveniments vitals negatius associats a poc recolzament social	Discapacitats físiques
Síntomes depressius sense arribar a esdevenir clínics	Problemes de salut
Ansietat	Dependència afectiva excessiva
Consum de tabac	Relacions interpersonals difícils
Conducta suïcida	Mort jove dels pares
Baixa autoestima	Escàs suport dels amics i escàs suport social

Un altre factor de risc rellevant són els anomenats *síntomes depressius subclínic*s. Es tracta de símptomes i signes depressius que, sense esdevenir un símptoma clínic, tenen un impacte en el funcionament de les persones. Estudis previs posen de manifest que entre el 20% i el 50% dels adolescents refereixen a aquests nivells subclínics de depressió (Del Barrio, Moreno i López, 1997).

La presència d'aquests símptomes subclínics de depressió en nens i adolescents s'associa a un major risc d'acabar manifestant problemes com trastorns depressius, conductes suïcides, deteriorament funcional o problemes de rendiment acadèmic (Fröjd et al., 2008), motiu pel qual s'han de considerar els símptomes depressius subclínics com un dels factors de risc més significatius per a la predicció futura del trastorn depressiu.

1.1.1.2.1 Factors familiars

L'existència de problemes dins del nucli familiar és un dels predictors més potents de la depressió. Fins als 12 anys, per al nen, la família representa el seu entorn social més pròxim a través del qual mediatitza el que el nen pensa i desitja, constituint-se com a factor essencial per a l'explicació de la seva conducta, ja sigui adaptativa o desadaptativa. D'aquí es sustenta la teoria ambientalista que afirma que no són els gens sinó les condicions negatives de la família les que desencadenarien la depressió infantil (famílies amb absència de reforçaments, relacions deficitàries, hostilitat, inadequades normes en la criança, trencament familiar, etc.).

La depressió dels progenitors es considera un factor de risc important, de manera que continua situant-se com el millor predictor de la depressió infantil (Kovacs, 2010). S'ha vist que els fills i filles de pares amb depressió presenten una probabilitat entre tres i quatre vegades superior de desenvolupar trastorns del humor i, concretament, la psicopatologia materna es considera un predictor de depressió al infant (Bragado, Carrasco, Sánchez, Bersabe i Montsalve, 1995). Un treball de Gartstein et al. (2010), troba una forta relació entre la depressió materna i la depressió infantil, així com també amb la diferent tipologia d'afectes negatius (com la por o l'ansietat), avaluant a nens i nenes entre els 4 i els 12 anys. Altres estudis mantenen aquesta teoria però a l'etapa adolescent, en nois i noies de 12 a 18 anys (Morris, Ciesla i Garber, 2010).

En població espanyola, s'ha trobat que hi ha un 35% de nens deprimits amb la mare deprimida vers el 5% de nens amb mares no deprimides (Gómez i Del Barrio, 2003). Rohde, Lewinshon, Klein i Seeley (2005) consideren que la depressió del pare incrementa, tot i que en menor mesura, la probabilitat de depressió en els seus fills. Es considera que la menor activitat materna, el model depressiu i la menor exposició a activitats lúdiques són els factors que expliquen aquest problema (Silk, Shaw, Skuban, Oland i Kovacs, 2006).

El context familiar en el que viu el nen o nena o l'adolescent sembla jugar un paper transcendental en el desenvolupament de la depressió. Els factors de risc més comuns són l'existència de conflictes conjugals o les dificultats emocionals entre un dels pares i el fill. La depressió es dona més sovint en famílies amb

normes molt rígides i amb distanciament afectiu, com els estudis en nens espanyols, on els símptomes de depressió correlacionen amb la rigidesa i el distanciament afectiu dels pares (Del Barrio, Moreno i Roa, 1994e).

Les investigacions assenyalen que els fills i filles de pares divorciats, tan els que viuen en una família monoparental com els que viuen en una família reconstituïda, presenten més dificultats d'adaptació, problemes psicològics i emocionals internalitzants (com la depressió, l'ansietat i el retraïment social) que els fills i filles que viuen en famílies amb estructura tradicional (Cantón, Cortés i Justicia, 2007). En el casos de trencament familiar i divorcis conflictius, no és el trencament en si dels pares el que provocaria depressió en els fills, sinó les conseqüències negatives del divorci (disminució del nivell econòmic, els canvis de domicili, pèrdues afectives, la mala qualitat de les relacions paternes abans i després del divorci, etc.) el que afectaria directament als fills.

L'alcoholisme familiar també s'ha associat a una major probabilitat de depressió. També són factors de risc associats amb la depressió les diferents formes de maltractament com l'abús físic, emocional o sexual i la negligència en l'atenció, així com els esdeveniments vitals negatius, el divorci o separació conflictiva dels pares, la pèrdua d'amistats o la mort d'un familiar o amic.

En una mostra de nens espanyols, es va trobar que la simptomatologia depressiva era igual en els nens amb famílies trencades i desestructurades que en els nens amb famílies separades, però diferenciant que en aquests últims la depressió era més alta quan es tractava de nens amb pares que mantenien entre si una mala relació (Pons i Del Barrio, 1993).

Haver patit abusos sexuals a la infància i a l'adolescència, en especial els que els han patit repetidament durant un llarg període de temps, s'ha comprovat com aquests esdeveniments vitals negatius alteren negativament les perspectives sobre ells mateixos, contribuint i augmentant la vulnerabilitat a la depressió (Zahn-Waxler, Klimes-Dougan i Slattery, 2000).

Baumrind (1968) ja mostrava que els hàbits de criança inadequats correlacionaven fortament amb emocions negatives: depressió i agressivitat, pel contrari, els hàbits de criança adequats promouen emocions i conductes positives, com el bon rendiment, harmonia en les relacions i adaptació social positiva.

La depressió es dona més fàcilment en famílies on té lloc el distanciament i la hostilitat (Muris i Ollendick, 2005). L'hostilitat materna és l'element de criança que explica més potentment la depressió infantil al llarg del temps, com es va veure en l'estudi de Carrasco i Del Barrio (2007) en una mostra de nens espanyols.

En població espanyola, s'ha trobat de manera reiterativa que el rebuig dels pares és el millor predictor d'emocions negatives (Del Barrio i Carrasco, 2006, Aluja, Del Barrio i García, 2005).

En canvi, la feina dels pares fora de casa, ingressos econòmics baixos o viure en àrees més desfavorides, sembla no presentar una forta associació en el desenvolupament de depressió en nens i adolescents, tot i que alguns autors apunten que un menor nivell d'ingressos i un estatus socioeconòmic baix, pot desenvolupar un augment del nivell d'estrès crònic, convertint-los, per tant, en persones vulnerables de desenvolupar símptomes depressius (Pine, Cohen, Johnson i Brook, 2002).

1.1.1.2.2 Factors en relació a l'entorn

La depressió juvenil s'associa en moltes ocasions amb l'existència de conflictes interpersonals i de rebuig de diferents membres del seu entorn social, el que incrementa els problemes de relació social. D'aquesta manera, els nens i adolescents amb pocs amics presenten una major probabilitat de desenvolupar depressió, així com trastorns de conducta i un major aïllament social. També es consideren factors de risc l'assetjament escolar, o *bullying*, així com la humiliació, el tracte degradant, la burla davant dels altres o el sentir-se ignorat en el grup d'iguals. En el cas del *bullying*, tan els agressors com la persona intimidada, presenten un nivell més elevat de depressió que d'autocontrol (Ivarsson, Broberg, Arvidsson i Gillberg, 2005; Kaltiala-Heino, Rimpela, Rantanen i Rimpela, 2000). D'altra banda, l'atracció sexual vers una persona del mateix sexe i la identificació bisexual o homosexual també s'han relacionat amb taxes altes de depressió, així com l'abús de substàncies i el comportament suïcida (Fergusson, Horwood i Beautrais, 1999).

Altres factors que també s'associen amb un major nombre de símptomes depressius són el viure en estructures familiars diferents de la dels pares biològics, problemes de salut en els adolescents, o una mala adaptació a la família, amics, escola, feina i parella (Restifo i Bögels, 2009). Altres estudis han trobat que els adolescents amb símptomes depressius acostumen a presentar major absentisme escolar i un menor nivell de participació en les activitats escolars, el que pot comportar un pitjor rendiment acadèmic (Verboom et al., 2014).

També es consideren factors de risc rellevants aquells infants i adolescents que viuen com a interns en centres d'acollida, refugiats i aquells amb antecedents de delinqüència, especialment els interns institucionalitzats en centres de menors (Patel, Fisher, Hetrick i McGorry, 2007). En la mateixa línia es troba l'estudi de Sainero, Del Valle i Bravo (2015), on van trobar en una mostra d'adolescents espanyols de 11 a 18 anys amb règim d'acolliment residencial una alta incidència de trastorns externalitzants (conducta disruptiva, conducta agressiva) i depressió.

Existeix relació entre l'estat d'ànim i el consum de substàncies en joves adolescents. L'estudi de González, Espada i Orgilés (2015) amb població adolescent espanyola posa de manifest la rellevància del paper de l'estat d'ànim depressiu dels adolescents com a factor de risc a l'hora d'iniciar el consum de tabac, és a dir, van trobar major relació de consum de tabac en aquells adolescents que presentaven un estat d'ànim depressiu.

Existeix evidència del *paper dels biaixos electius*, on els adolescents deprimits tendeixen a escollir amigats amb els mateixos símptomes que ells, el que incrementa la probabilitat de consolidar la seva conducta depressiva (Van Zalk, Kerr, Branje, Stattin i Meeus, 2010). Relacionat amb el paper dels biaixos electius, en els últims anys està prenent molta força la idea del *biaix perceptiu dels adolescents*, en el sentit que els adolescents amb trastorns depressius eviten les cares felices (Hankin, Gibb, Abela i Flory, 2010). En població espanyola s'han trobat els mateixos resultats, ja que en la percepció d'imatges felices, neutres i negatives, les diferències entre nens deprimits i nens no deprimits es trobava en les cares felices (Del Barrio i González, 2001).

1.1.1.2.3 Factors genètics-biològics

Abans de l'adolescència, els trastorns depressius són pràcticament iguals en nens que en nenes. En canvi, a la primera meitat de l'adolescència, aquests trastorns són entre dos i tres vegades més freqüents en el sexe femení. Les possibles explicacions podrien ser els canvis hormonals que es produeixen, un increment de l'estrès acompanyat d'una mala resposta d'aquest, diferències en les relacions interpersonals i la tendència a pensaments rumiatius. L'aparició de la menarquia representa un canvi psicològic i físic important per a les joves adolescents. A partir d'aquest moment han d'aprendre a conviure amb els canvis que els seus cossos experimenten, així com a acceptar els canvis que es produeixen en la seva nova imatge corporal (Shafii i Shafii, 1995).

Els estudis indiquen que la pubertat està relacionada amb l'ajust psicosocial dels adolescents (Angold, Erkanli, Silberg, Eaves i Costello, 2002). Una possible raó d'aquest augment dels símptomes depressius en noies podria ser una relació diferent entre l'estat puberal i l'ajustament psicosocial dels nois i noies.

Hi ha estudis, com el de Yuan (2007), que han explorat com l'estat puberal es relaciona amb la simptomatologia depressiva en nens i nenes, i com repercuteix directament en les percepcions corporals d'ells mateixos. Seguint amb aquest estudi, les noies després de la menarquia varen obtenir major nombre de símptomes depressius que les noies que es trobaven en l'etapa pre-menarquia, és a dir, que per les noies, els símptomes depressius durant el període post-menarquia eren més elevats, el que indicaria que la pubertat s'associa amb menor benestar psicològic.

Els cànons de bellesa que actualment estableix la societat poden entrar en conflicte amb la nova imatge corporal de les adolescents. La imatge d'una silueta extremadament prima, així com la pressió social que exerceix l'entorn més proper com la societat en general, fan que aquestes adolescents es converteixin en persones més vulnerables a no acceptar el seu cos, presentar una baixa autoestima, i en molts casos, a presentar simptomatologia depressiva. Aquest conjunt de canvis hormonals, serien els que explicarien l'augment de simptomatologia depressiva al sexe femení, d'aquí la importància dels factors biològics (Del Barrio, 1997).

Cada vegada més comença a estudiar-se el paper dels símptomes depressius com a factors de risc per desenvolupar sobrepès a la infància i a l'adolescència. Una investigació de Liem, Sauer, Oldehinkel i Stolk

(2008), revisant bases de dades de revistes mèdiques des de gener del 1997 fins a març del 2007, conclouen que els resultats recolzen una relació positiva entre els símptomes depressius a l'edat de 6 a 19 anys i el sobrepès en l'etapa adulta de la vida, valorada durant un període d'1 a 15 anys.

Tot i que ja s'ha comentat anteriorment la relació existent de la depressió entre els progenitors i els fills, no queda clar quin és el pes dels factors genètics en el desenvolupament de la depressió. Estudis realitzats amb bessons indiquen que els símptomes depressius podrien explicar-se en un 40%-70% per la presència de factors genètics (Garber, 2006). D'aquests estudis es després que una possible explicació seria que existeix una predisposició que es podria explicar mitjançant la transmissió genètica.

Existeix alguna evidència que indica que alteracions dels sistemes serotoninèrgics i corticosuprarrenal podrien estar implicats en la biologia de la depressió dels infants i adolescents. Així, també s'han vist alteracions de la funció serotoninèrgica en nens i nenes amb història familiar de depressió. D'altra banda, nivells incrementats de cortisol i de deshidroepiandrosterona prediuen el començament de la depressió en subgrups d'adolescents amb risc psicosocial elevat de presentar-la. També sembla que existeixen alteracions dels nivells de l'hormona del creixement, prolactina i cortisol en joves amb risc de depressió (Spitz i Wolf, 1945).

En els últims anys, els principals estudis s'han centrat en les alteracions funcionals i estructurals de l'amígdala, cíngol, hipocamp i l'asimetria frontal dreta. Del Barrio (2010) cita diferents estudis que mostren com l'activació emocional està relacionada als factors genètics, els quals fan que els subjectes siguin més o menys propensos a reaccionar diferencialment a l'estrès, als esforços o a l'adversitat. Un altre estudi puntualitza que els problemes afectius es relacionen amb l'eix pituïtari adrenal, l'asimetria cerebral esquerra i el control cardíac vagal (Kovacs, 2010).

Investigacions recents no es centren en els efectes directes de les hormones ovàriques sobre els estats d'ànim, sinó que apunten cap a quins són els efectes moderadors de les hormones suprarenals davant de les respostes d'estrès. L'eix hipotàlam-hipòfisi-còrticosuprarrenal (anomenat *HPA* o *corticotròpic*), juga un paper molt important en la regulació de les respostes a l'estrès (entre elles el cortisol). Persones amb trastorn depressiu major mostren una major freqüència de nivells alts de cortisol davant situacions d'estrès, el que indicaria una desregularització de la resposta HPA. D'aquesta idea es desprèn que les dones són més propenses que els homes a tenir una resposta desregulada d'HPA a l'estrès, la qual cosa les faria ser més propenses a desenvolupar depressió en resposta a l'estrès (Weiss, Longhurst i Mazure, 1999).

Altres estudis (Young i Korszun, 1999), afirmen que algunes dones poden presentar quadres depressius durant períodes ràpids de canvi hormonal ovàric (com serien el període post-part, període premenstrual, menopausa i la pubertat), degut a què aquests canvis hormonaus desencadenarien la desregularització de la resposta a l'estrès, fent així les dones més vulnerables a la depressió.

S'ha estudiat des d'un punt de vista neuroendocrí, la diferent reacció davant l'esforç i el càstig en subjectes deprimits, per tal de conèixer si el processament d'ambdós esdeveniments precedeix o és conseqüència de la depressió. Els resultats mostren com les noies adolescents d'alt risc de depressió tenien menys activació al putamen a la ínsula esquerra que les de baix risc de depressió, però en canvi, presentaven una més alta activació a la ínsula dreta. En canvi, pel que fa al càstig, les noies adolescents d'alt risc de depressió mostraven una major activació a la zona dorsal del circumvolució cingular anterior que les de baix risc, on l'activació es centrava al nucli caudat i putamen (Gotlib et al., 2010). Aquests resultats mostrarien que el processament neural funciona de diferent manera en persones amb alt risc de desenvolupar depressió.

Hi ha altres estudis que relacionen un desenvolupament precoç amb la depressió, motiu que explicaria l'augment d'estrògens (Rudolph i Troop-Gordon, 2010); així com també amb l'obesitat, que relaciona amb la influència dels lípids sobre els neurotransmissors (Boutelle et al., 2010).

A banda de les diferències neuroendocrines, hi ha estudis que demostren que es donen canvis específics en els sistemes neuronals en ambdós sexes, que regulen la cognició, l'emoció i la motivació (Giedd et al., 2006). D'aquest estudi se'n desprèn que hi ha diferències de tamany de les estructures cerebrals entre nois i noies (els nois presentaven regions del cervell més grans que les nenes a l'amígdala, putamen, tàlem, ínsula i el còrtex cingular anterior; mentre que l'hipocamp, el nucli caudat, la circumvolució temporal mitjana i la circumvolució occipital inferior eren més grans en nenes).

Naninck, Lucassen i Bakker (2011), varen estudiar el paper dels esteroides sexuals en la regulació de l'estat d'ànim, i com aquesta explosió d'esteroides sexuals pot modificar el cervell de manera específica tan en ambdós sexes. D'aquest estudi es demostra que, en contra de la opinió general que afirma que la diferenciació sexual del cervell podria tenir lloc abans del naixement (en éssers humans), o bé, estendre's dins de la primera setmana postnatal (en rosegadors), el cervell també pot respondre a les hormones en un sexe específic de manera més tard en el desenvolupament, durant els períodes on es dona un cert nivell de plasticitat del cervell. D'aquesta manera, indicaria que la finalització de la diferenciació sexuals del cervell pot requerir de maduració puberal, de manera que l'adolescència podria ser un període d'organització addicional en el desenvolupament del cervell.

1.1.1.2.4 Factors psicològics

El tipus de personalitat es considera un factor detonant, especialment el neuroticisme combinat amb baixa cordialitat i extraversió. Aquesta teoria ha agafat pes arrel d'alguns estudis que han demostrat que aquestes característiques augmenten l'aparició de depressió amb el pas del temps (Chien, Ko i Wu, 2007).

Actualment, el nou DSM-5 (APA, 2014) ja contempla com a factor de risc les variables temperamentals. Concretament, cita el neuroticisme (és a dir, l'afectivitat negativa) com un factor de risc ben establert per l'inici del trastorn depressiu major, ja que nivells alts fan als subjectes més vulnerables a

desenvolupar episodis depressius en resposta a esdeveniments vitals estressants. En relació al trastorn distímic, també cita com a factor de risc alts nivells de neuroticisme (afectivitat negativa) que prediuen un pitjor pronòstic, major gravetat de la simptomatologia, pitjor funcionament global de la persona i la presència de trastorns d'ansietat o de conducta (APA, 2014).

Un estudi portat a terme en una població de nens i nenes espanyols, confirma clarament una correlació positiva entre neuroticisme i depressió, i una correlació negativa entre extraversió i depressió (Del Barrio et al., 1997).

L'afectivitat negativa es refereix a la tendència a experimentar estats emocionals negatius, que s'acompanyen de característiques conductuals (com la inhibició i el retraïment social) i cognitives (com les dificultats de concentració). L'afectivitat negativa comporta una major reactivitat vers els estímuls negatius, i s'associa a una major probabilitat de trastorns emocionals, sobretot en nenes (Garber, 2006).

Aquests estudis apunten cap a una certa vulnerabilitat a desenvolupar depressió per part dels subjectes que tenen una estructura personal amb tendència a la introversió i a la inestabilitat emocional.

Altres estudis posen de manifest la importància del control voluntari com un factor clau en el desenvolupament de la conducta antisocial, on l'afecte negatiu correlaciona positivament amb la dimensió negativista desafiant (Frick i Morris, 2004; Muris i Ollendick, 2005).

La dificultat per regular les emocions, com la ira, utilitzar recursos atencional i inhibir les respostes socialment inapropiades, poden donar lloc a respostes no adaptatives, com la conducta antisocial o la conducta negativista desafiant (Eisenberg et al., 2001).

Seguint a Frick i Morris (2004), la falta d'inhibició per por, pot tenir un impacte negatiu en el desenvolupament de l'empatia i la culpabilitat, de manera que l'absència de por al càstig i del sentiment de culpabilitat facilitaria l'aparició de la conducta antisocial en els joves. Dit en altres paraules, un baix control voluntari s'associaria de manera consistent als trastorns de conducta (Rothbart i Bates, 2006).

Altres dimensions de la personalitat que es troben vinculades a la depressió són la baixa autoestima, la ineficàcia personal i la incapacitat social, que a llarg termini dificulten la bona adaptació a l'entorn.

Diferents estudis han trobat diferències de gènere en l'autoestima i en l'autoconcepte, on les nenes tendeixen a presentar conceptes de si mateixes més pobres en relació als nois, fet que podria contribuir directament amb la depressió i que podria interactuar com a factors d'estrès (Nolen-Hoeksema, Girgus i Seligman, 1992). Una de les diferències més significatives entre nois i noies en relació a l'autoconcepte és la orientació interpersonal, és a dir, la tendència a ocupar-se per l'estat de les relacions d'un i les opinions que altres tenen d'un mateix. Fins i tot a la infància, les nenes semblen estar més orientades interpersonalment que els nens, i aquesta diferència en el gènere augmenta a l'adolescència (Zahn-Waxler et al., 2000).

Investigacions sobre psicologia positiva estableixen que estructures bàsiques de la personalitat com l'estabilitat emocional i l'extraversió faciliten l'optimisme i inhibeixen l'aparició de la depressió (Hills i Argyle, 2001).

La presència de símptomes depressius, com la anhedònia o pensaments de mort, incrementen de forma significativa el risc de presentar depressió major en infants i adolescents. Finalment, aquells nens i nenes i adolescents amb discapacitats físiques o d'aprenentatge, dèficit d'atenció, hiperactivitat o alteracions de conducta, també presenten un major risc de depressió (Garber, 2006).

1.1.1.2.5 Esdeveniments estressants

Davant la presència d'esdeveniments vitals estressants, característiques cognitives associades a l'afectivitat negativa, com sentiments d'abandonament o pèrdua i/o baixa autoestima, així com un estil cognitiu rumiatiu, poden dificultar l'afrontament i augmentar la probabilitat de patir depressió en comparació amb aquells individus sense aquestes característiques.

Molts estudis han senyalat com esdeveniments vitals importants o l'acumulació de petites contrarietats, poden desencadenar, tan en adults com en infants, una depressió (Billings i Moos, 1984, Brown, Bifulco i Harris, 1986, Moreno, Del Barrio i Mestre, 1995). El dol seria un dels millors exemples de com un esdeveniment pot desencadenar depressió.

Investigacions amb població espanyola han determinat que els esdeveniments vitals estressants més freqüents són el naixement d'un germà, la mort d'un avi, el canvi d'escola i les males qualificacions escolars. També s'ha trobat que l'acumulació d'aquests esdeveniments estressants augmenta l'aparició de simptomatologia depressiva en els nens (Moreno, Del Barrio i Mestre, 1996).

1.1.1.3 El Model d'Interacció entre el subjecte i els factors de risc i depressió major

Del Barrio (1996), parla d'un **Model d'Interacció entre el subjecte i els factors de risc i depressió**, que explicaria la interacció dels diferents elements implicats en la depressió infantil. Aquests elements actuen de diferent manera i de diferent intensitat en funció de les circumstàncies viscudes, edat i condicions.

A la Taula 3 es mostren els factors de risc de la depressió major segons el Model d'Interacció entre el subjecte i els factors de risc i depressió major descrit per Del Barrio (1996):

Taula 3.
Factors de risc segons el Model d'Interacció (Del Barrio, 1996).

Factors que corresponen al Subjecte (O)	Factors ambientals	Esdeveniments vitals
Factors biològics: - Gens - Sistema neuroendocrí Factors de personalitat: - Temperament - Estructura de personalitat - Baixa autoestima - Sociabilitat - Estil cognitiu Biogràfics: - Gènere - Edat - Raça - Classe social - Model rural versus urbà	Família: - Problemes paternes: ■ Relacions paternes ■ Estructura familiar ■ Divorci ■ Alteracions psíquiques dels pares ■ Depressió paterna - Males relacions pares-fills: ■ El vincle afectiu ■ Interaccions pares-fills	Acumulació d'esdeveniments estressants Esdeveniments aguts Afrontament

1.1.1.4 Factors protectors de la depressió major

Existeixen un conjunt de factors de protecció que poden disminuir la disfunció de forma directa, mitjançant la interacció amb el factor de risc, atenuant els seus efectes. Aquests són els següents (Jessor, 1993):

- Factors genètics i biològics: presentar un coeficient d'intel·ligència elevat.
- Factors familiars: les bones relacions familiars funcionen com un amortidor d'alteracions infantils, inclosa la depressió. La família es converteix en un gran mediador del procés de socialització infantil, mantenint un equilibri entre l'afectivitat, l'atenció, la dedicació i els diferents elements de control entre els que es troba la regulació de la conducta, les normes de disciplina i l'estimulació de la independència (Del Barrio, 1997).
- Factors socials: com la qualitat de l'escola, la cohesió familiar, els recursos adequats de la comunitat, així com l'interès per part dels adults. Estudis de Carlson (1987) posaven de manifest que els joves amb una adaptació premòrbida bona i amb famílies de suport, tenien millors resultats que les que no disposaven d'una bona xarxa familiar de suport.
- Factors que provenen de l'ambient percebut: models de conducta adaptada i elevats controls contra la conducta desviada.
- Factors individuals de personalitat: valoració de la salut, intolerància a la desviació, així com expectatives d'assoliment.
- Factors individuals conductuals: afiliació religiosa, participació en clubs escolars o en altres tipus d'activitats de voluntariat.

Durant molts anys, la psicologia científica ha estudiat els grans problemes i ara des de la corrent de la **Psicologia Positiva**, està immersa en analitzar les formes de vida dels que no la tenen, i és aquesta nova visió la que rep el nom de **promoció de factors protectors**.

En el cas dels nens i nenes, hi ha consens en afirmar que unes bones relacions entre la parella progenitora, unes relacions de vincle adequades i uns hàbits de criança basats en el control afectuós (Roa i Del Barrio, 2003; Tur, Mestre i Del Barrio, 2004; Aluja, Del Barrio, García, 2005), semblen ser la part més important d'una bona estructura sentimental. És en aquest entorn on els nens i nenes aprenen a tenir més confiança que els permeti explorar i interaccionar amb el món que els envolta sense por. No s'ha d'oblidar que la por és l'emoció bàsica on s'arrela la depressió. Els pares antidepressius són aquells que es dirigeixen als seus fills amb afecte, i que al mateix temps s'impliquen en una educació que doni normes adaptatives vetllant perquè es compleixin (Del Barrio, 2007).

1.2 LA DEPRESSIÓ MAJOR A L'ADOLESCÈNCIA

Considerant la depressió en el context infanto-juvenil, convé distingir entre la depressió com un símptoma i la depressió com un trastorn.

La depressió com a **símptoma** podria definir-se com un estat d'ànim negatiu caracteritzat per la tristesa, una pèrdua d'interès i una disminució de la capacitat per a gaudir. A l'adolescència, en funció del sexe, les dades indiquen que les noies es senten més tristes amb major freqüència i intensitat que els nois (Silverio i García, 2007).

La depressió com a **trastorn**, està caracteritzada per una depressió amb l'estat d'ànim negatiu que va acompanyat d'altres problemes somàtics, cognitius i de conducta. D'aquesta manera, a banda de mostrar-se tristos i apàtics, els adolescents deprimits poden mostrar-se irritables, reservats, amb baixa autoestima, poden experimentar sentiments d'inutilitat o de culpa excessiva, dificultats per a concentrar-se i problemes en el rendiment escolar. Quan es parla de depressió com a trastorn, tota aquesta simptomatologia es presenta de forma persistent i ocasiona un deteriorament social de l'adolescent.

Shaffi i Shaffi (1995), fan una classificació similar de la depressió, però afegeixen una tercera categoria:

La **depressió com a signe o senyal**, en forma d'afecte trist o humor trist (disfòria) que és una de les emocions humanes més comunament expressades des de la infantesa fins a la vellesa.

La **depressió com a símptoma**, es caracteritza per manifestar-se de manera més intensa i perllongada en el temps, que interfereix en el benestar o en l'adaptació de la persona.

La **depressió com a desordre o trastorn**, no només inclou l'humor trist, intens i perllongat en el temps, sinó també símptomes com la anhedònia (pèrdua de l'interès o per gaudir de les activitats diàries); augment o disminució de la son; disminució o augment de la gana; disminució de l'energia o fatiga; agitació o alentiment psicomotor; sentiments d'inutilitat; culpabilitat excessiva; falta de capacitat per a concentrar-se o pensar; pensaments morboses, ideacions suïcides, o intents de suïcidi.

1.2.1 Classificació de la depressió major segons l'etapa evolutiva

La depressió major com a trastorn afectiu pot aparèixer a qualsevol moment de l'evolució infantil o adolescent. En funció del criteri evolutiu, cada etapa es caracteritza per uns símptomes propis en relació a l'etapa evolutiva. En el primer període, els símptomes solen ser de caràcter motriu i de vinculació materna, mentre que a la depressió major adolescent la simptomatologia s'aproxima més a la de l'adult, amb problemes de rendiment, enamorament, identificació i autonomia.

Per tant, podem classificar el tipus de depressió major en funció de l'etapa evolutiva on es trobi el subjecte (Shaffi i Shaffi, 1995):

I. Depressió sensoriomotriu:

Es dona entre el primer any de vida i els 3 anys i es caracteritza per dos components principals, el cognitiu i l'afectiu. El terme sensoriomotriu fa referència a l'etapa sensoriomotriu de la intel·ligència, és a dir, a la primera etapa de la cognició humana, que va des del naixement fins als 18 mesos d'edat (Piaget 1962). Segons Piaget, la cognició humana basada en patrons innats de reacció (esquema) s'origina a partir d'estímul ambiental i corporals i de les reaccions motrius a aquests estímuls. La disminució, l'alteració i la falta de contacte humà i d'estimulació tenen un efecte immediat sobre el desenvolupament cognitiu i afectiu del nen.

La depressió major pot ocórrer immediatament després del naixement. L'infant pot no expressar sentiments de tristesa i disfòria verbalment, però el clínic pot captar l'estat emocional del nen mitjançant l'observació de l'expressió facial (persistentment trista, apagada, mirada fixa, irritabilitat i amb falta d'energia) i del seu comportament (retard en el desenvolupament d'habilitats noves, retard motriu, regressions, continuïtat-discontinuïtat del comportament).

II. Depressió preescolar:

Es dona entre els 4 i 5 anys de vida. Es caracteritza per un impacte inicial en les activitats pròpies de la fase evolutiva i en les habilitats adquirides recentment. Els infants deprimits solen presentar un humor disfòric manifestat mitjançant una expressió trista, humor làbil o irritabilitat (Carlson i Kashani, 1988).

També poden manifestar falta d'energia, preocupació pel càstig i desempament. El joc es centra en temàtiques relacionades amb el fracàs, dolor, destrucció i mort. També és indicador de depressió preescolar l'existència de comportament agressiu i destructiu en nens i nenes, així com regressions en el control dels esfínters.

III. Depressió escolar:

Es dona entre els 6 i els 12 anys. Els nens i nenes en aquestes edats són més verbals i poden compartir els seus sentiments depressius amb els demás. En aquestes etapes, juguen un paper fonamental els mestres, ja que en moltes ocasions, són els primers en detectar algun signe d'alarma com l'estat d'ànim trist de manera persistent, baix rendiment escolar o retraïment. Els pares en canvi, poden mostrar una actitud més escèptica i tenir dificultats a l'hora de reconèixer la depressió del seu fill o filla, o bé, tendeixen a minimitzar-la o, fins i tot, negar-ne la seva existència.

Els símptomes de depressió major en etapes escolars són similars a la dels adults. Segons Poznanski (1982), el humor deprimat és el símptoma més important en el diagnòstic clínic de la depressió major en escolars: "*La distinció entre un nen infeliç i un nen deprimat pot fer-se, en part, determinant la durada del humor trist del nen*" (p. 309). A més del humor deprimat, també hi ha un seguit de símptomes propis de la depressió escolar, com la anhedònia (la incapacitat per a divertir-se), sensació d'avorriment en el 50%-90% del temps, baixa autoestima, baix rendiment escolar, falta de concentració, problemes amb el

menjar o amb el son, hipoactivitat, alentiment de la parla i del llenguatge, fatiga excessiva, ideació mòrbida, ideació suïcida amb o sense verdadera intenció, així com intents de suïcidi.

IV. Depressió adolescent:

Es dona entre els 12 i els 18 anys. En el curs del desenvolupament, els adolescents normals tenen certa proclivitat cap a la depressió. És important saber diferenciar entre les etapes normals d'humor depressiu adolescent i la depressió patològica. Aquesta diferenciació posa de manifest les habilitats dels clínics a l'hora de diagnosticar.

Seguint a Shafii i Shafii (1995), a continuació es presenten les característiques específiques de la depressió major en l'edat adolescent:

- *Humor disfòric i afecte depressiu:* Els canvis normals del humor en l'adolescència s'intensifiquen significativament, i s'experimenta amb més freqüència la tristesa i el humor disfòric.
- *Pubertat:* la pubertat pot aparèixer més tard en un adolescent crònicament deprimat, especialment si la depressió està relacionada amb la pèrdua de pes o anorèxia. L'adolescent deprimat pot tenir dificultats per acceptar o comprendre els signes de la pubertat. La consciència d'un mateix, els dubtes, els continus canvis hormonals, juntament amb un ambient estressant, poden conduir a l'adolescent a una depressió, que en ocasions està relacionada amb la presència de comportament suïcida. El període menstrual en les joves deprimides pot tenir alts i baixos, és freqüent que el cicle sigui irregular, que vagi acompanyat de dolor o molèsties exagerades, i és durant aquest cicle on el humor disfòric s'intensifica. Les adolescents deprimides poden sentir-se tristes, ploren sense motiu, es tornen malhumorades, s'aïllen a la seva habitació i dormen molt més.
- *Desenvolupament cognitiu:* la desorganització temporal del funcionament cognitiu en la pubertat es fa significativament exagerada en els adolescents deprimits. En els adolescents més joves, el desenvolupament del pensament abstracte es retarda i sol aparèixer als 12 anys d'edat. En adolescents més grans, aquesta habilitat adquirida recentment disminueix o bé desapareix. El rendiment escolar també es veu afectat, de manera que l'adolescent que fins ara presentava un bon nivell, aquest disminueix considerablement.
- *Autoestima:* la baixa autoestima és un dels símptomes més significatius de la depressió. Els adolescents deprimits senten que s'han defraudat a ells mateixos i també als demés. Presenten sentiments d'inutilitat i culpabilitat, sentiments de ser incapaços de satisfer les expectatives i una elevada sensibilitat a la crítica, al rebuig i al fracàs. És freqüent que l'adolescent deprimat intenti defensar-se de la baixa autoestima mitjançant l'abús de tòxics o alcohol.
- *Comportament antisocial:* robar, absentisme escolar, baix rendiment acadèmic, baralles, agressivitat, problemes amb la justícia, accidents de trànsit, escapar-se de casa, entre d'altres, poden

ser indicadors de depressió, especialment en un adolescent amb antecedents previs de bona conducta.

- *Abús d'alcohol i tòxics*: un gran nombre d'adolescents deprimits abusen de l'alcohol i/o dels tòxics. És comú el consum de marihuana, estimulants (com les amfetamines i fàrmacs que eleven l'estat d'ànim), sedants (com els barbitúrics, tranquil·litzants i somnífers) i, en especial, l'alcohol. Alguns d'aquests adolescents consumeixen cocaïna, heroïna o altres derivats narcòtics o al·lucinògens.

- *Comportament sexual*: és molt freqüent que els adolescents deprimits no mostrin cap interès en l'àmbit amorós o en les interaccions heterosexuales. En canvi, alguns adolescents deprimits es deixen portar per la promiscuïtat i els actes sexuals, com a defensa contra la depressió. Molts d'aquests adolescents no prenen mesures anticonceptives enfront l'embaràs o les malalties de transmissió sexual, algunes noies desitgen quedar-se embarassades per compensar la pèrdua de l'objecte o la seva baixa autoestima. Els adolescents deprimits poden casar-se a edats molt joves per fugir dels conflictes familiars, i sovint aquests matrimonis no tenen èxit, la qual cosa reforça la depressió.

- *Salut*: els adolescents deprimits tenen un aspecte pàl·lid i cansat, manquen de l'alegria pròpia de la joventut. Aquests adolescents sovint presenten una multitud de problemes físics, com mal de cap, d'estómac, falta de gana i pèrdua de pes sense cap causa orgànica. Els adolescents difícilment verbalitzen els seus sentiments, per aquest motiu és important estar atent als símptomes físics ja que són senyals d'alarma rellevants.

- *Pes*: una disminució en la velocitat d'augment de pes o la pèrdua podria indicar símptomes depressius. Al mateix temps, la baixa autoestima i l'aparença personal poden contribuir a menjar en excés i a l'obesitat. També són freqüents els trastorns de la conducta alimentària, degut als canvis hormonal i físics que s'experimenten durant la pubertat, relacionat amb els cànons de bellesa establerts per la societat, fan que en moltes ocasions la pressió social influeixi sobre els adolescents més vulnerables.

- *Comportament suïcida*: degut al humor disfòric i a la negativa autoestima, de vegades alguns adolescents tenen pensaments relatius al suïcidi. En general, aquests pensaments suïcides són esporàdics, estan mal organitzats i no tenen un pla definit. Els adolescents deprimits són extremadament vulnerables al suïcidi. En un estudi amb 5.500 estudiants del Institut de Secundària de Kentucky, el 30% va declarar que havien considerat el suïcidi seriosament en els últims 12 mesos, el 19% tenia un pla específic per suïcidar-se i l'11% ho havia intentat (Jennings, 1990). D'aquest estudi a Louisville, dels 60 suïcidis consumats per infants i adolescents, el 57% va fer servir armes de foc. Molts d'aquests adolescents varen mostrar signes de depressió i un augment en el consum d'alcohol i tòxics. Gairebé tots, havien verbalitzat idees suïcides abans de suïcidar-se, alguns havien

intentat suïcidar-se en altres ocasions. Desgraciadament, el 82% d'aquest grup no havia rebut mai ajuda psiquiàtrica (Shafii et al., 1985).

La diferència més important entre la depressió major com a trastorn i els normals "alts i baixos" a la infància i l'adolescència, és que la depressió està associada a un deteriorament del funcionament, mediat per la intensitat, durada i falta de resposta de l'estat d'ànim depressiu i símptomes associats (Brent i Weersing, 2008).

Cal saber diferenciar entre les etapes normals de l'humor depressiu adolescent i la depressió patològica. Carlson (1987), divideix la depressió adolescent en el tipus primari i secundari. El *tipus primari* significa que no hi ha cap trastorn psiquiàtric preexistent abans de la malaltia actual, i el *tipus secundari* significa que la malaltia actual està associada a un trastorn psiquiàtric previ. Segons l'autor, els adolescents amb un trastorn depressiu del tipus secundari estan més alterats, són significativament més agressius, tenen més queixes somàtiques, manifesten irritabilitat, desesperació, ideació suïcida, tenen problemes de son, una disminució en el rendiment escolar, baixa autoestima i són més desobedients.

Del Barrio (2000) ha enumerat fins a 40 símptomes diferents i més habituals de la depressió infantil (Taula 4).

A continuació es categoritzen en funció de les àrees a les que pertanyen:

Taula 4.

Símptomes més habituals de la depressió infantil.

Emocionals	Motors	Cognitius
Tristesa	Inexpressivitat	Falta de concentració
Pèrdua per a gaudir	Hipoactivitat	Pèrdua de memòria
Absència d'interès	Letargia	Pessimisme
Canvis bruscos d'humor	Alentiment motor	Desesperança
Falta del sentit del humor	Hiperactivitat	Indecisió
Desesperança		Sentiments de culpa
Irritabilitat		Baixa autoestima
Plors excessius		Idees de suïcidi
Absència d'interès per les coses		Pensaments morboses
		Descens del rendiment
Socials	Conductuals	Psicosomàtics
Aïllament	Protestes	Enuresis
Solitud	Desobediència	Pèrdua d'energia
Retraïment	Rabietes	Sentiments de fatiga
Incompetència social	Indisciplina escolar	Pèrdua de pes
	Delinqüència	Dolors múltiples
	Drogues	Malsons
	Piromania	Canvis en el son i en la gana
	Disputes	

Els signes més consensuats per la majoria dels experts són la baixa autoestima, canvis en el son i pèrdua de la gana i del pes, aïllament social, hiperactivitat i disfòria (Del Barrio, 2000).

Malgrat la simptomatologia depressiva de l'adolescent pot ser molt semblant a la d'un adult depressiu, cal destacar les diferències més habituals (Del Barrio, 2000):

- L'adolescent pràcticament mai presenta una "màscara depressiva", és a dir, la seva cara no presenta un aspecte depressiu;
- L'adolescent difícilment expressarà de manera espontània que està trist o deprimat, sinó que utilitzarà expressions com "estar agobiat", "tenir el cap buit" o "estar fart";
- L'adolescent de manera excepcional buscarà espontàniament comprensió en una figura adulta, simpatia o consol, més aviat, l'adolescent té tendència a rebutjar l'ajuda, a expressar que no necessita a ningú i, fins i tot, a mostrar-se hostil o indiferent.

1.2.2 Tipus de depressió major infantil i juvenil

Es poden categoritzar diferents tipus de depressió en funció dels següents criteris: el curs, la gravetat, els factors desencadenants i la puresa (Del Barrio, 1997).

En funció del curs:

- *Depressió Unipolar*: es caracteritza per un curs regular i amb un pronòstic que no és greu si existeix una bona intervenció. No existeixen alternances, només hi ha presència d'episodis depressius o episodis eufòrics-maníacs.
- *Depressió Bipolar (o Depressió Psicòtica)*: presenta dos extrems, la *depressió* i la *mania*, que s'alternen successivament en el temps. En aquest tipus de depressió, té una importància significativa la història familiar, ja que sol ser freqüent l'aparició de casos en una mateixa família. El pronòstic de depressió bipolar és pitjor que en el de la depressió unipolar.

En funció de la gravetat:

- *Depressió Major*: els símptomes són més nombrosos i intensos que en el trastorn distímic.
- *Trastorn Distímic*: estat d'ànim depressiu i persistent, crònic però menys greu, ja que no reuneix tots els criteris per a la depressió major.

En funció dels desencadenants:

- *Depressió Exògena*: està relacionada amb esdeveniments psicosocials negatius que el subjecte o els seus familiars identifiquen com a causa de l'aparició de la depressió.
- *Depressió Endògena*: el desencadenant és desconegut i l'episodi depressiu comença d'una manera inexplicable per a la persona i per a les persones del seu voltant.

En funció de la freqüència d'aparició:

- *Depressió Aguda*: consisteix en un episodi aïllat associat a estressors psicosocials greus.
- *Depressió Crònica*: es caracteritza per episodis recurrents en un entorn positiu que no presenta una acumulació de factors de risc.

En funció de la puresa del diagnòstic, la depressió es pot dividir en:

- *Depressió Pura*: els símptomes són clars i molt similars als de la depressió en l'edat adulta.
- *Depressió Emascarada (o mixta)*: molt característica durant l'edat infantil. La conducta depressiva s'amaga en un altre tipus de simptomatologia conductual, o no, com seria el fracàs escolar, problemes amb l'alimentació, problemes de comportament, etc.

1.2.3 L'evolució dels símptomes

Els símptomes de la depressió infantil tenen un caràcter evolutiu. En edats primerenques, els nens i nenes mostren més símptomes de caràcter *exterioritzat* (Weiss et al., 1991), sent més freqüents els símptomes no verbals relacionats amb la depressió, com l'expressió facial, els moviments corporals, moviments de cap, moviments expressius de les mans; i és cap als 3 anys quan són més freqüents la enuresis i les queixes psicossomàtiques.

A partir dels 6 anys, la depressió es va semblant cada vegada més a la dels adults, afegint com a característica especial els problemes de conducta en la major part dels casos de depressió infantil (Shafii i Shafii, 1995).

En els adolescents, els símptomes tan cognitius com afectius són *interioritzats*, i es presenten amb una major intensitat (Weiss et al., 1991).

Si ens centrem en la depressió en l'etapa de l'adolescència, entre els 12 i els 18 anys, segons el curs del desenvolupament, els adolescents normals són més vulnerables a patir un trastorn depressiu.

Segons estudis de Kaplan, Hong i Weinhold (1984), després d'administrar el Beck Depression Inventory (BD) (Beck, 1967) a 385 estudiants de secundària, varen trobar que l'edat tenia una influència significativa en relació amb la simptomatologia depressiva. Els adolescents d'entre 11 a 13 anys, tenien menys símptomes depressius que els de 14 a 16 anys i 17 a 18 anys, exceptuant dos símptomes, ser poc atractiu i aprimar-se a propòsit, en canvi, no hi havia diferències en relació al sexe.

No obstant això, Kandel i Davies (1982), van administrar una llista de símptomes de 90 ítems a 8.206 adolescents de 14 a 18 anys, procedents de col·legis públics, i van establir els diagnòstics segons els DSM-III (APA, 1980). Els investigadors no varen trobar cap diferència significativa en relació als factors sociodemogràfics, com l'edat, la raça, religió o posició social, en canvi, si varen trobar que els adolescents que procedien de famílies amb baixos ingressos econòmics, estaven més deprimits que la resta.

1.3 CRITERIS DIAGNÒSTICS I CARACTERÍSTIQUES

1.3.1 Els tipus de trastorns afectius

Els *trastorns de l'estat d'ànim* (també coneguts com a *trastorns afectius*), es poden classificar segons el DSM-IV-TR (APA, 2002) (utilitzat en aquesta investigació), el recent DSM-5 (APA, 2014) o, bé segons, el CIM-10 (OMS, 2001).

Segons el DSM-IV-TR (APA, 2002), es classifiquen de la següent manera (veure Figura 1).

Els Trastorns Depressius:

- Trastorn depressiu major*: estat d'ànim depressiu experimentat en episodis singulars o repetits de depressió, però sense cap elevació del humor o la mania.
- Distímia*: estat d'ànim depressiu crònic associat a diferents símptomes (2 anys en adults i 1 any en infants i adolescents). La gravetat dels símptomes és menor que en el trastorn depressiu major.
- Trastorn depressiu no especificat*: la persona experimenta unes característiques depressives que no reuneixen els criteris necessaris del trastorn depressiu major o la distímia.

Els Trastorns Bipolars:

- Trastorn bipolar I*: la persona experimenta episodis maníacs en forma d'elevació del humor (fuga d'idees, irritabilitat, hiperactivitat, parla accelerada i autoestima exagerada). Després, la persona pot experimentar un o més períodes de depressió.
- Trastorn bipolar II (ciclotímia)*: la persona experimenta trastorns del humor crònics que inclouen episodis d'hipomania i períodes d'humor deprimat (2 anys en adults i 1 any en infants i adolescents).
- Trastorn bipolar no especificat*: la persona experimenta símptomes maníacs o hipomaniacs que no reuneixen els criteris necessaris per al diagnòstic del trastorn bipolar I o ciclotímia.

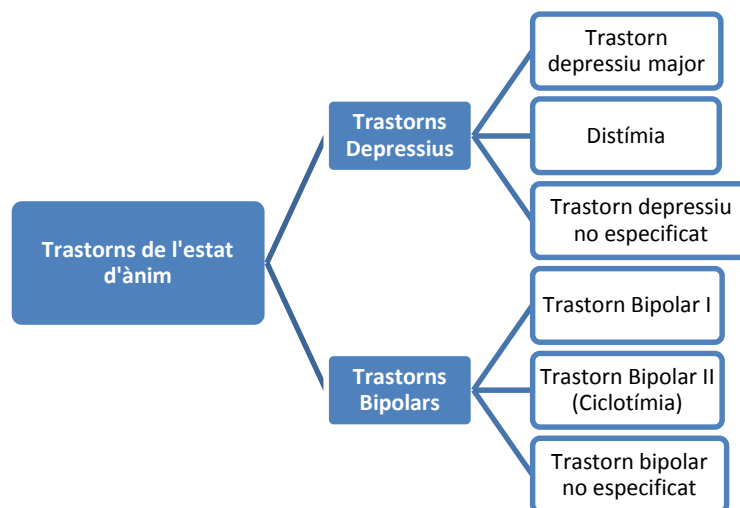


Figura 1. Els trastorns de l'estat d'ànim segons el DSM-IV-TR (APA, 2002).

El recent DSM-5 (APA, 2014) incorpora algunes modificacions respecte a l'anterior edició. La diferència més notòria és que en aquesta classificació no inclou els trastorns bipolars i trastorns relacionats, com si

ho feia el DSM-IV-TR (APA, 2002), i incorpora el trastorn de desregulació disruptiva de l'estat d'ànim, que fa referència a la presentació d'irritabilitat persistent i episodis freqüents de descontrol conductual extrem en nens i nenes de fins a 12 anys.

Els trastorns de l'estat d'ànim passen a classificar-se com a *trastorns depressius*, on el trastorn depressiu major representa el trastorn clàssic d'aquest grup. Les característiques dels trastorns d'aquest grup és la presència d'un estat d'ànim trist, buit o irritable, acompanyat de canvis somàtics i cognitius que afecten significativament a la capacitat funcional de l'individu. El que els diferencia entre ells és la durada, la presentació temporal o la seva etiologia (veure Figura 2).

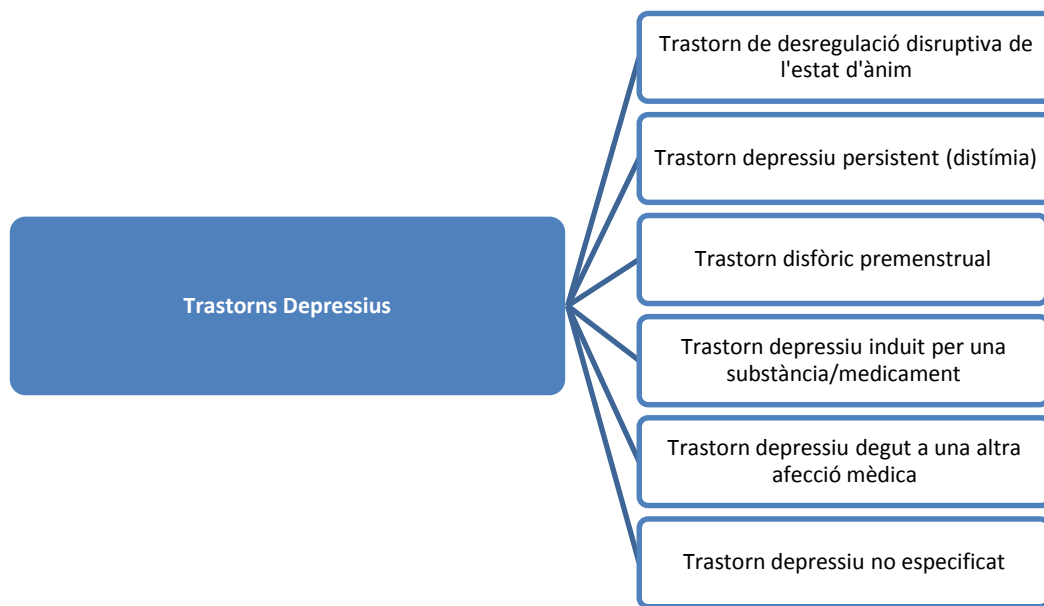


Figura 2. Els trastorns depressius segons el DSM-5 (APA, 2014).

Per últim, hi ha la classificació CIM-10 (OMS, 2001). És la classificació estadística internacional de malalties i problemes relacionats amb la salut.

La CIM-10 (OMS, 2001) parla dels trastorns mentals i trastorns del comportament, on entre d'altres trastorns del desenvolupament psicològic, inclou els *trastorns de l'estat d'ànim* (també anomenats *trastorns afectius*). Aquest grup conté trastorns en els quals l'alteració fonamental és un canvi en l'afecte o en l'estat d'ànim cap a la depressió (amb ansietat associada o sense) o l'elació. Tot i així, considera la depressió infantil com un desordre afectiu, inclòs dins dels trastorns mixtes, els quals se'ls hi denomina com a *trastorns de conducta depressiva*, fent especial èmfasi en els aspectes diferencials de la depressió infantil vers la depressió adulta (veure Figura 3).

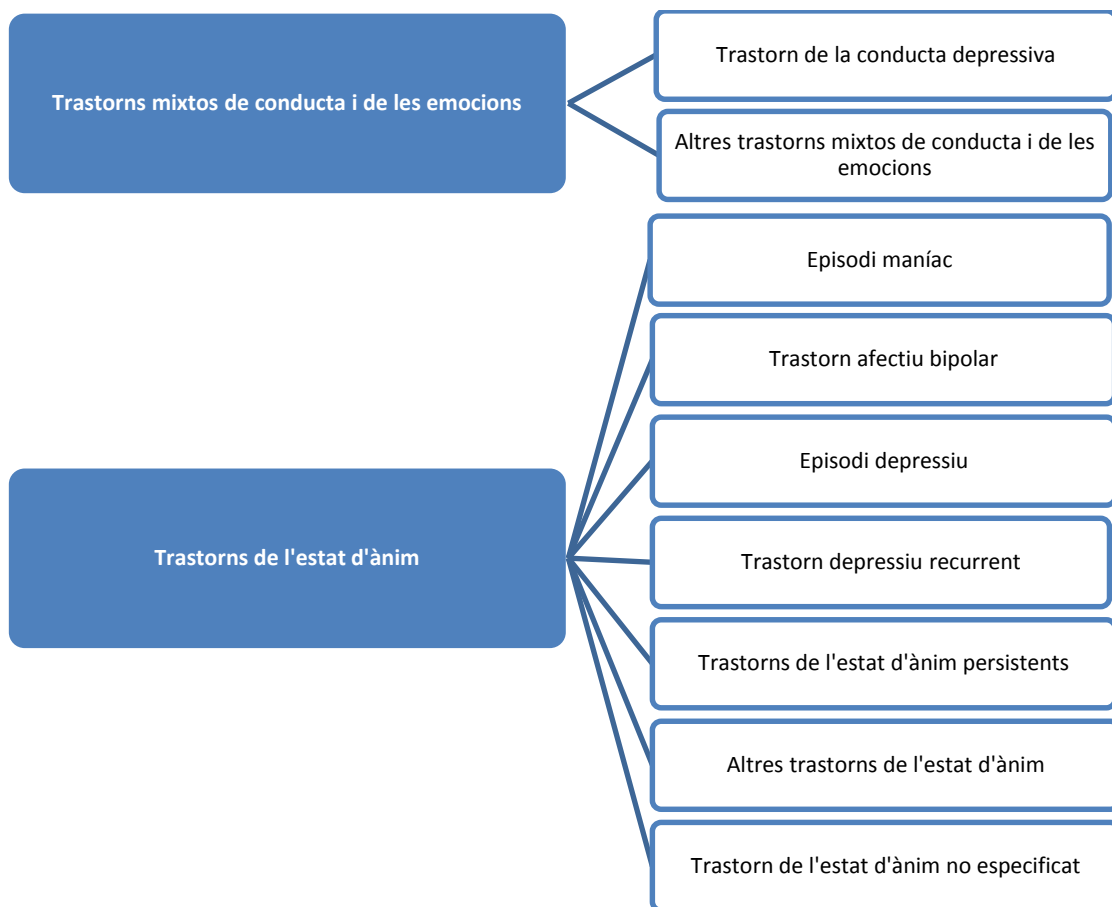


Figura 3. Els trastorns de l'estat d'ànim segons la CIM-10 (OMS, 2001).

1.3.2 Els criteris diagnòstics

Els criteris diagnòstics són aquells símptomes que poden acompanyar a una determinada pertorbació i que, a ulls d'experts, són essencials per a fer un diagnòstic clar i diferenciat. A continuació es presenten els **criteris diagnòstics per a l'Episodi Depressiu Major segons el DSM-IV-TR (2002), de l'Associació Americana de Psiquiatria** utilitzats en aquesta investigació:

A. Presència de 5 (o més) dels següents símptomes durant un període de dues setmanes, que representen un canvi respecte a l'activitat prèvia; un dels símptomes ha de ser (1) estat d'ànim depressiu o (2) pèrdua d'interès o de la capacitat pel plaer:

(1) Estat d'ànim depressiu la major part del dia, quasi cada dia segons ho indiqui el propi subjecte (ex., es sent trist o buit) o l'observació realitzada per altres (ex., plors).

Nota: En nens i adolescents l'estat d'ànim pot ser irritable.

(2) Disminució acusada del interès o de la capacitat per a gaudir de totes o quasi totes les activitats, la major part del dia, quasi cada dia (segons refereixi el propi subjecte o observin els demés).

(3) Pèrdua important de pes sense fer règim o augment de pes (ex., un canvi de més del 5% del pes corporal en 1 mes), o pèrdua o augment de la gana quasi cada dia.

Nota: En nens i adolescents s'ha de valorar el fracàs en aconseguir els augments de pes esperables.

(4) Insomni o hipersòmnia quasi cada dia.

(5) Agitació o alentiment psicomotor quasi cada dia (observable pels demés, i no una sensació d'inquietud o d'estar alentit).

(6) Fatiga o pèrdua d'energia quasi cada dia.

(7) Sentiments d'inutilitat o de culpa excessiva o inapropiats (que poden ser delirants) quasi cada dia (no l'autocrítica o la culpabilitat pel fet d'estar malalt).

(8) Disminució de la capacitat per a pensar o concentrar-se, o indecisió, quasi cada dia (ja sigui una atribució subjectiva o una observació aliena).

(9) Pensaments recurrents de mort (no només por a la mort), ideació suïcida recurrent sense un pla específic o una temptativa de suïcidi o un pla específic per a suïcidar-se.

B. Els símptomes no compleixen els criteris per a un episodi mixt.

C. Els símptomes provoquen malestar clínicament significatiu o deteriorament social, laboral o d'altres àrees importants de l'activitat de l'individu.

D. Els símptomes no són deguts als efectes fisiològics directes d'una substància (ex., una droga, un medicament) o una malaltia mèdica (ex., hipotiroidisme).

E. Els símptomes no s'expliquen millor per la presència d'un dol (ex., després de la pèrdua d'un ésser estimat), els símptomes persisteixen durant més de 2 mesos o es caracteritzen per una acusada incapacitat funcional, preocupacions mòrbides d'inutilitat, ideació suïcida, símptomes psicòtics o alentiment psicomotor.

Malgrat tenir uns criteris diagnòstics consensuats, les manifestacions simptomatològiques de la depressió en la infància i l'adolescència són diferents a l'adult, ja que estan íntimament lligades a les fases evolutives.

És per aquest motiu que en l'actualitat, el DSM-5 (APA, 2014) té en compte les etapes evolutives i proposa subtipus de trastorns segons el desenvolupament, així com també es centra en una avaluació

dimensional i no tan centrada en la presència o absència de símptomes, sinó més en la importància de la severitat dels mateixos (Pine, 2010). Els **criteris diagnòstics per al Trastorn de Depressió Major segons el DSM-5 (APA, 2014), de l'Associació Americana de Psiquiatria** són els següents:

A. 5 (o més) dels símptomes següents han estat presentats durant el mateix període de 2 setmanes i representen un canvi del funcionament previ; almenys 1 dels símptomes és (1) estat d'ànim deprimit o (2) pèrdua d'interès o de plaer.

Nota: no incloure símptomes que es puguin atribuir clarament a una altra afectació mèdica.

(1) Estat d'ànim deprimit la major part del dia, quasi tots els dies, segons es desprèn de la informació subjectiva (ex., es sent trist, buit, sense esperança) o de la observació per part d'altres persones (ex., se'l veu plorós).

Nota: en nens i adolescents, l'estat d'ànim pot ser irritable.

(2) Disminució important de l'interès o el plaer per totes o quasi totes les activitats la major part del dia, quasi tots els dies (com es desprèn de la informació subjectiva o de la observació).

(3) Pèrdua important de pes sense fer dieta o augment de pes (ex., modificació de més d'un 5% del pes corporal en 1 mes), o disminució o augment de la gana quasi tots els dies.

Nota: en els nens, considerar el fracàs per a l'augment de pes esperat.

(4) Insomni o hipersòmnia quasi tots els dies.

(5) Agitació o retard psicomotor quasi tots els dies (observable per part dels altres, no la sensació subjectiva d'inquietud o d'alentiment).

(6) Fatiga o pèrdua d'energia quasi tots els dies.

(7) Sentiments d'inutilitat o culpabilitat excessiva o inapropiada (que poden ser delirants) quasi tots els dies (no simplement l'autocrítica o la culpabilitat pel fet d'estar malalt).

(8) Disminució de la capacitat per a pensar o concentrar-se, o per prendre decisions, quasi tots els dies (a partir de la informació subjectiva o de la observació per part d'altres persones).

(9) Pensaments de mort recurrents (no només por a morir), idees suïcides recurrents sense un pla determinat, intent de suïcidi o un pla específic per a portar-lo a terme.

B. Els símptomes causen malestar clínicament significatiu o deteriorament social, laboral o d'altres àrees importants del funcionament.

C. L'episodi no es pot atribuir als efectes fisiològics d'una substància o d'una altra afecció mèdica.

Nota: els criteris A-C constitueixen un episodi de depressió major.

Nota: les respostes a una pèrdua significativa (ex., dol, ruïna econòmica, pèrdues degudes a una catàstrofe natural, una malaltia o discapacitat greu) poden incloure el sentiment de tristesa intensa, rumiació sobre la pèrdua, insomni, pèrdua de la gana i pèrdua de pes que figuren al criteri A, i poden simular un episodi depressiu. Tot i que aquests símptomes poden ser compatibles o considerar-se apropiats a la pèrdua, també s'hauria de pensar atentament en la presència d'un episodi de depressió major a més de la resposta normal a una pèrdua significativa. Aquesta decisió requereix inevitablement el criteri clínic basat en la història de l'individu i en les normes culturals per a l'expressió del malestar en el context de la pèrdua.

D. L'episodi de depressió major no s'explica millor per la presència d'un trastorn esquizoafectiu, esquizofrènia, un trastorn esquizofreniforme, un trastorn delirant, o un altre trastorn especificat o no especificat de l'espectre de l'esquizofrènia i altres trastorns psicòtics.

E. Mai hi ha hagut un episodi maníac o hipomaníac.

Nota: aquesta exclusió no s'aplica si tots els episodis de tipus maníac o hipomaníacs són induïts per substàncies o es poden atribuir als efectes fisiològics d'una altra afecció mèdica.

1.3.3 Els criteris diagnòstics socials

A banda dels criteris diagnòstics del DSM-IV-TR (APA, 2002) que jerarquitzava la importància dels símptomes, s'ha estructurat un altre sistema de criteris que té en compte els processos d'interacció social (aplicable a subjectes menors de 18 anys). Aquests criteris pretenen determinar quines circumstàncies socials estan presents en les depressions infantils (Kaslow, 1996).

Malgrat aquesta tesi no s'ha basat en aquesta classificació, es considera adient fer una breu descripció de quins són els seus criteris. Es requereix com a mínim la presència d'un dels següents criteris interactius per a fer un diagnòstic de depressió infantil:

a) *Problemes de família:*

- Vincle insegur
- Baixa cohesió o recolzament
- Maltractament infantil
- Nivells inadequats de control familiar
- Nivells alts de conflicte familiar
- Dificultats en la regulació dels afectes
- Problemes en els patrons de comunicació
- Transmissió de cognicions depressives
- Adequació precària entre temperament i cura

b) *Relacions amb companys, mestres i altres adults significatius:*

- Aïllament social
- Rebuig
- Baixa autoestima
- Dificultats en la resolució de problemes interpersonals

Malgrat l'existència de manuals de classificació de criteris específics de la depressió infantil i juvenil, en ocasions es presenten problemes d'avaluació, sobretot en població adolescent, ja que els subjectes que presenten alts nivells de simptomatologia depressiva no sempre compleixen amb els criteris diagnòstics de depressió (Gotlib, Lewinsohn i Seeley, 1995). Tot això ens indica que hem de tenir en compte la pluralitat de tots els elements i factors a l'hora de fer un bon diagnòstic de depressió infantil o juvenil.

1.4 PREVALENÇA DE LA DEPRESSIÓ MAJOR

Els resultats sobre prevalença de la depressió major fan evident que les taxes de depressió infantil van augmentant de manera paral·lela amb l'edat. Són molts els estudis que informen d'un únic punt de prevalença del trastorn (Taula 5).

La Organització Mundial de la Salut (OMS, 2014) ja assenyala la depressió com el major problema de salut mental del món, sobretot en països desenvolupats (Ministerio de Sanidad, 2009). Les xifres de prevalença en població adulta són altes: depressió major (present en 10%-15% en dones i 5%-12% en homes), distímia simple en el 3% de la població, trastorn bipolar tipus I entre el 0.4% i l'1% de la població, el trastorn bipolar tipus II en 0.5% de la població i el trastorn ciclotímic en 0.4%-1% de la població.

Lewinsohn et al. (1994) estimen una prevalença de la depressió major en la població general al voltant del 15%. De forma més específica, s'estima que la depressió major afecta al 50% dels pacients psiquiàtrics (Vallejo Ruiloba, 2006).

Aquesta prevalença descendeix fins un 8% en el cas de la població adolescent, segons dades de la OMS, tot i que autors com Fistorazzi, Rodríguez i Lotero (2008), han trobat en els adolescents prevalences del 24% per a la depressió major moderada i greu, i de l'11% per a l'ansietat, conclouent que ambdós trastorns solen presentar-se conjuntament (Ministerio de Igualdad, 2009). Aquestes xifres coincideixen amb les establertes per a la població espanyola, incloent el 20%-40% dels casos en els que el trastorn bipolar s'inicia a l'etapa adolescent.

Els casos de depressió major existeixen, però es donen de manera molt poc freqüent en edats per sota dels 6 anys, al voltant d'1%, segons Kashani et al. (1987). La taxa de nens i nenes depressius és aproximadament la mateixa fins als 12 anys, edat on es produeix un punt d'inflexió amb major nombre de noies depressives que nois (Angold et al., 2002).

Luby et al. (2002), han demostrat que el trastorn depressiu major preescolar pot ser diagnosticat amb els mateixos criteris del DSM-IV (APA, 1994), i que els nens i nenes en edat preescolar poden manifestar un síndrome depressiu clínic.

Alguns autors com Gotlib i Hammen (1996), prefereixen parlar de prevalences en funció de les franges d'edats: a l'etapa preescolar (1 a 5 anys) prevalences de l'1%; a la infantesa mitjana (6 a 12 anys) prevalences entre el 2% i 8%; i a l'adolescència prevalences entre el 15% i 20%.

Actualment, trobem en població general infantil una prevalença de depressió major entre l'1% i el 3%, mentre que la prevalença del trastorn distímic s'estima d'entre un 4% a un 7%. Aquestes dades són molt semblants en població espanyola (Domènech i Polaino, 1990a), població americana (Kovacs, 1992) o població xinesa (Chen, Rubin i Li, 1995).

S'estima que en el 2% dels nens petits, el 9% a la infància mitjana i el 15% a l'adolescència, es dona una depressió. En un dels estudis més coneguts, el de Lewinsohn et al. (1994), es va trobar una prevalença de la depressió infantil entre el 2.9% i el 17.4%, segons els diferents nivells d'edat. Keenan et al. (2004), varen trobar una prevalença entre l'1% i el 5%. En canvi, autors com Kashani et al. (1990), varen estimar prevalences més altes, al voltant del 8%.

Un estudi realitzat en població espanyola preescolar (Domènech-Llaberia, et al., 2009) posa de manifest una prevalença de l'1.12% en nens i nenes d'entre els 3 i els 6 anys d'edat, trobant prevalences molt similars entre nens i nenes, així com també segons la zona de residència (zona urbana 0.87%, zona suburbana 1.43% i zona rural 0.88% de població preescolar amb trastorn depressiu major).

Garrison et al. (1997) varen trobar una taxa d'incidència en un any d'un 3% aproximadament, tan per a la depressió major com per al trastorn distímic en una mostra escolar de joves adolescents d'entre 11 i 16 anys.

Kashani et al. (1987) varen trobar una prevalença de la depressió major en adolescents del 4.7%. Cal mencionar també l'estudi de Costello, Erkanli i Angold (2006) on a través d'un metanàlisi de 26 estudis amb 60.000 observacions al llarg de 30 anys, va trobar una prevalença de la depressió major en adolescents del 4.6% en noies i del 5.9% en nois.

Lewinsohn et al. (1994) varen estudiar una mostra d'estudiants d'últims cursos de secundària i varen observar una prevalença en un any del 8% per a la depressió major i una taxa molt baixa, del 0.08% per al trastorn distímic. Lewinsohn et al. (1994) varen trobar una incidència de depressió major de més del doble en dones que en homes, en canvi, Garrison, Shoenbach i Kaplan (1985) no varen detectar cap diferència significativa en la variable sexe.

Als Estats Units d'Amèrica s'estima que la depressió major està al voltant del 23% en població general, això es deuria, en part, al increment de la depressió adolescent on les taxes de depressió augmenten i les de suïcidi s'han convertit en la primera causa de mort (Costello, Erkanli i Angold, 2006).

En població espanyola, trobem l'estudi epidemiològic realitzat amb una mostra de 6.432 subjectes d'entre 8 a 12 anys, procedents de tot el país, que utilitzant la Children's Depression Rating Scale-Revised (CDRS-R) (Poznanski i Mokros, 1996) amb un punt de tall igual a 19 punts, es va trobar un 2% de depressió major i un 6% de trastorn distímic (Domènech i Polaino, 1990).

Altres estudis realitzats amb població espanyola, es troba el de Rivas (1995), on en una mostra de 441 nens espanyols entre els 8 i 15 anys, la prevalença de simptomatologia depressiva es situava al 9% de la mostra, o l'estudi de Jaureguizar, Bernaras, Soroa, Sarasa i Garaigordobil (2015) on van trobar una prevalença del 3.8% de simptomatologia depressiva greu en una mostra d'adolescents de 12 a 16 anys del País Basc.

En l'estudi realitzat per Fonseca-Pedrero, Paino, Lemos-Giráldez i Muñiz (2011) amb una mostra de 1.683 adolescents espanyols de 14 a 19 anys, es varen trobar diferències estadísticament significatives en funció del gènere i de l'edat. Els resultats indicaven que una gran part dels adolescents entrevistats varen informar de símptomes depressius a nivell subclínic, i que almenys un 2.5% dels participants superava el criteri establert per l'escala utilitzada de gravetat de la simptomatologia depressiva. D'aquest mateix estudi es desprèn que les noies varen obtenir puntuacions més altes que els nois en les subescales de disfòria i queixes somàtiques, i els adolescents majors de 16 anys varen obtenir major puntuació a la subescala de disfòria en comparació amb el grup de 14-16 anys.

Si existeixen diferències significatives entre nois i noies en la manifestació de la simptomatologia, on els nois mostren comportaments més externalitzants i les noies comportaments més internalitzants (Muris i Ollendick, 2005). Aquestes diferències podrien explicar l'evidència que baixos nivells d'extraversió estarien relacionats amb els problemes d'internalització, mentre que alts nivells d'extraversió estarien vinculats a problemes d'externalització (Muris, Meesters i Van den Berg, 2004; Oldehinkel, Hartman, De Winter, Veenstra i Ormel, 2004).

Diferents estudis longitudinals han demostrat que un temperament "difícil" avaluat a la primera infància pot esdevenir un factor predictiu en l'externalització dels símptomes a la infància o a l'adolescència (Shaw, Keenan, Vondra, Delliquadri i Giovanelli, 1997).

La majoria d'investigadors coincideixen en estimar una major probabilitat de desenvolupar simptomatologia depressiva entre les nenes (Reinherz, Frost i Pakiz, 1991), però aquestes diferències només són visibles a partir dels 12 anys, és a dir, a partir de l'adolescència.

El fet que les diferències entre nens i nenes es doni de manera significativa durant la pubertat, ens fa pensar en una possible causa biològica de la depressió, donat que coincideix amb els canvis hormonals propis d'aquesta etapa evolutiva, així com també una causa de caire social, donat que en aquestes edats les pressions socials i les condicions de vida es fan més presents en els subjectes d'aquestes edats.

Un estudi de Grabe, Hyde i Lindberg (2007) posa de manifest que les adolescents de 13 anys presentaven nivells més alts d'autovigilància, vergonya del seu propi cos, rumiació i simptomatologia depressiva que els adolescents nois. Aquests resultats indicaven que l'autovigilància prediu significativament la depressió entre les noies, però no entre els nois adolescents.

Les adolescents no només presenten una major incidència i prevalença respecte als nois, sinó que tenen una major probabilitat de desenvolupar futurs episodis depressius (Lewinsohn et al., 1994). És en aquest punt, on la depressió adolescent i la depressió adulta comparteixen molts punts en comú.

Hi ha treballs que demostren diferències de gènere en diverses variables emocionals i de conducta social. Un estudi de Etxebarria, Apodaca, Eceiza, Fuentes i Ortiz (2003) amb una mostra espanyola de 257 nens i nenes de 7 a 9 anys conclou que les nenes presentaven puntuacions més altes que els nens

en les escales de tristesa i focalització atencional i puntuacions més elevades en conducta controlada/agressiva, relació que es donaria pel fet que la focalització atencional sol associar-se a un comportament més controlat. Aquest mateix estudi també va analitzar el factor edat, on el control inhibitori augmentava en les nenes i disminuïa en els nens, mentre que la conducta agressiva augmentava en els nens i disminuïa en les nenes.

Existeixen estudis que afirmen que les diferències de gènere en el trastorn depressiu major es podrien explicar en la manera com processen les emocions els homes i les dones (Wright et al., 2009). En una tasca sobre interpretar expressions facials humanes (formada per quatre categories: temorosos, feliços, tristos i enfadats) amb una mostra d'homes i dones amb trastorn depressiu major i sense, els resultats obtinguts mostraren que les persones deprimides feien més falsos negatius en les categoritzacions d'estímul positius, interpretant rostres facials neutres com a tristos. Resultats d'aquest estudi mostraren que les dones deprimides tendien a una categorització errònia en el processament de les expressions facials tristes i temoroses, interpretant-les com a expressions d'ira, mentre que els homes deprimits tenien a mostrar una major precisió en el processament d'aquests estímuls en comparació amb els homes no deprimits del grup control (Wright et al., 2009).

És important fer èmfasi que les prevalences de depressió infantil i adolescent són més elevades en societats més desenvolupades. De la mateixa manera, també es donen diferències segons la zona de residència, on es troba major prevalença de depressió infantil en zones urbanes que en zones rurals, així com també en classes socials més baixes (Kaplan et al., 1984).

Taula 5.

Estudis epidemiològics més importants sobre la prevalença del trastorn depressiu en joves (Del Barrio, 2010).

Estudi	Característiques de la mostra	Mètode o instrument diagnòstic	Punt de prevalença per al trastorn DM
Nogueira i Monreal, 1988	Escolar, submostres zona urbana i rural de Galícia i Girona, EGB i BUP	<i>Children's Depression Inventory</i> (CDI) i <i>Peer Nomination Inventory of Depression</i> (PNID), amb criteris diagnòstics del DSM-III	Urbana: 4.5% Rural: 1.7%
Fleming i cols., 1989	Poblacional; edats entre 6-16 anys	<i>Survey Diagnostic Instrument</i> /l·listat de criteris diagnòstics del DSM-III (prevalença als 6 mesos)	Nens: 0.6% Adolescents: 1.8%
Whitaker i cols., 1990	Escolar; cursos des de 3r d'E.S.O. a 2n de batxillerat (14-18 anys)	Detecció inicial; a continuació l·listes de criteris diagnòstics del DSM-III	4%
McGee i cols., 1990	Cohorts per any de naixement; 15 anys d'edat	Qüestionari d'entrevista diagnòstica per a nens (<i>Diagnostic Interview Schedule for Children</i> , DISC-C)	1.2%
Garrison i cols., 1992	Escolar; 12-14 anys d'edat	Detecció inicial; a continuació Escala per a trastorns afectius i esquizofrènia en nens d'edat escolar (<i>Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children</i> , K-SADS)	9.0%
Cohen i cols., 1993	Poblacional; 10-20 anys d'edat	Qüestionari d'entrevista diagnòstica per a nens, versió 1 (<i>Diagnostic Interview Schedule for Children, Version 1</i> ; DISC-1)	10-13 anys d'edat: 2.0% 14-16 anys d'edat: 4.7% 17-20 anys d'edat: 2.7%
Lewnsohn i cols., 1993	Escolar; 9-12 anys d'edat	Escala K-SADS (sense informació procedent dels pares)	2.6%
Fergusson i cols., 1993	Cohorts per any de naixement	Qüestionari DISC-1 (prevalença als 12 mesos)	-6.0%
Shaffer i cols., 1996a	Poblacional; 9-17 anys d'edat	Qüestionari DISC, Versió 2.3 (prevalença als 6 mesos)	5.6%
Costello i cols., 1996	Poblacional; 9-13 anys d'edat	<i>Child and Adolescent Psychiatric Assessment</i> (taxes de prevalença als 3 mesos)	0.03%
Domènech-Llabèria et cols., 2009	Pre-escolar; 3-6 anys d'edat	<i>Escala de Depresión Preescolar para Maestros</i> (ESDM 3-6)	1.12%

1.5 COMORBIDITAT

Estudis clínics i epidemiològics mostren que el 40%-70% dels infants i adolescents amb depressió presenten trastorns mentals associats, i que almenys entre el 20% i el 50% han estat diagnosticats de dues o més patologies (Weller i Weller, 2000).

Existeixen molts estudis que avalen la teoria que la intensitat, gravetat, durada, cronicitat, recaigudes i risc de suïcidi són estadísticament majors en nens i adolescents amb un diagnòstic comòrbid que nens i adolescents sense comorbiditat.

Els diagnòstics comòrbids més freqüents amb el trastorn de depressió major són el *trastorn distímic* i el *trastorn d'ansietat* (ambdós entre un 30% i un 80% respectivament), *abús de substàncies* (20%-30%) i trastorns de conducta (10%-20%). Aquesta comorbiditat amb el trastorn d'ansietat, no és només molt freqüent, sinó que també es dona des d'edats molt primerenques (Kovacs, Gatsonis, Paulauskas i Richards, 1990). Excepte pel trastorn d'abús de substàncies, el trastorn depressiu major és més probable que aparegui després del començament d'altres trastorns.

Masi et al. (2004) també van trobar major comorbiditat de la depressió major amb trastorns d'ansietat, concretament amb el trastorn d'ansietat generalitzada (amb un 67%) i el trastorn de conducta (amb un 13%).

Un dels factors de risc que més rellevància està prenent en els últims anys fa referència als *trastorns exterioritzats*. Un treball de Burke, Hipwell i Loeber (2010) mostra com la relació de la depressió amb els trastorns exterioritzats està íntimament lligada especialment amb el *trastorn oposicionista desafiant*, més que amb qualsevol altre tipus de trastorn de conducta. Aquests resultats es deuen perquè els nens i nenes que presenten aquest trastorn són els que tindrien més probabilitat de desenvolupar un trastorn depressiu, però no necessàriament els que prèviament han presentat trastorns de conducta. En població espanyola també s'han realitzat estudis que van en la mateixa línia, trobant una relació entre conductes exterioritzades i depressió infantil, bàsicament centrada en l'agressió verbal (Del Barrio i Carrasco, 2006).

Com ja s'ha comentat anteriorment, no es pot deixar de banda la forta comorbiditat que també hi ha entre la *conducta antisocial* i els trastorns de l'estat d'ànim (Harrington, 2001), on conductes del primer podrien solapar-se amb les característiques clíniques de la depressió en una etapa on s'incrementa considerablement la seva prevalença (Kashani et al., 1987). L'augment d'alguns símptomes característics de la conducta antisocial a partir dels 14 anys (com enfadar-se o tenir discussions amb els adults), posen de manifest una forta relació amb les característiques emocionals i afectives típiques de l'adolescència. Alguns estudis afirmen que la combinació de trastorn de conducta i trastorn oposicionista desafiant incrementa l'índex de severitat de la depressió gairebé un 50% (Greene et al., 2002). Seguint a Greene et al. (2002), existeix una relació bidireccional entre el trastorn oposicionista desafiant i la depressió

major, ja que aproximadament el 30% dels subjectes amb trastorn oposicionista desafiant sense trastorn de conducta, també complien els criteris de la depressió major.

Un estudi de Kashani et al. (1987) sobre adolescents (veure Figura 4), mostra l'estreta relació entre el trastorn de depressió major i els trastorns de conducta, el trastorn d'ansietat i el trastorn oposicionista desafiant. Tot i així, el trastorn d'ansietat és el que presenta major comorbiditat amb la depressió.

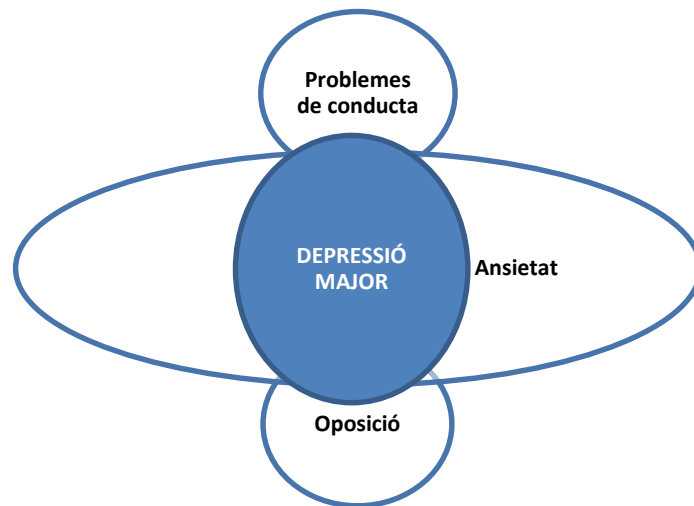


Figura 4. Comorbiditat de la depressió infantil (adaptat de Kashani et al., 1987).

Kashani et al. (1987) varen trobar que el 4.7% d'adolescents en població general amb un diagnòstic de trastorn de depressió major, el 100% també tenia un diagnòstic de distímia. Aquests adolescents també presentaven un diagnòstic addicional: trastorn d'ansietat (75%), trastorn oposicionista desafiant (50%), trastorn de conducta (33%), abús d'alcohol (25%) i abús de tòxics (25%). Per últim, l'addicció a la nicotina, l'abús de l'alcohol o consumir drogues il·lícites són considerats també factors de risc associats a la depressió.

Avenevoli, Stolar, Li, Dierker i Ries (2001), varen estudiar la depressió en adolescents, i varen trobar que aproximadament del 20% al 75% també tenien un trastorn d'ansietat.

Stringaris i Goodman (2008) han trobat que la dimensió irritable és el millor predictor dels trastorns emocionals (ansietat i depressió). De la mateixa manera, la comorbiditat entre el trastorn de conducta i altres dimensions psicopatològiques és molt freqüent (Loeber, Burke, Lahey, Winters i Zera, 2000), observant que més del 90% dels individus que presenten trastorns de conducta o personalitat antisocial també compleixen els criteris d'altres trastorns mentals (Moffitt i Scott, 2008), com trastorns emocionals i afectius, o altres trastorns com l'abús de substàncies o el trastorn de dèficit d'atenció amb o sense hiperactivitat (TDA-H).

Estudis de Gillberg et al. (2004) mostren que entre un 16% i un 26% de nens i nenes en edat escolar de població general amb TDA-H també complien els criteris de depressió major.

Per altra banda, autors com Kochman et al. (2005) parlen d'un augment dels trastorns bipolars en nens i nenes deprimits quan aquests arriben a l'adolescència, apareixent en el 20% i 32% dels nens deprimits.

Autors com Kendall i Brady (1993) fan una revisió molt completa sobre investigacions que han relacionat ansietat i depressió en la població infantil. En el cas de la depressió infantil, la comorbiditat és especialment forta en relació amb els problemes de conducta, l'agressió i l'ansietat. Romero et al. (2010), varen trobar una alta comorbiditat entre els factors d'ansietat i la simptomatologia depressiva en una mostra infantil de nens catalans de 8 a 12 anys.

Rohde, Lewinsohn i Seeley (1991) varen trobar concurrència de depressió, ansietat i consum de drogues en el 42% d'una mostra d'adolescents. En la mateixa línia es troben els estudis de Puig-Antich (1982), que confirmen que el 33% dels pre-adolescents deprimits presenten també problemes de conducta.

Aquesta alta comorbiditat afecta d'una manera molt important en l'aparició de depressió resistent, durada de l'episodi, intents de suïcidi o comportaments suïcides, nivell de funcionament a la seva vida quotidiana o resposta al tractament.

Existeixen diferents models que intenten explicar la comorbiditat de la depressió major infantil i adolescent (Kessler, McGonagle, Swartz, Blazer i Nelson, 1993, Swendsen i Merikangas, 2000):

- I. El *Model Etiològic* que suggereix que dos trastorns estan associats perquè comparteixen els mateixos factors de risc.
- II. El *Model Causal* que argumenta que un dels trastorns causa o redueix el llindar per a l'expressió dels símptomes de l'altre trastorn.

1.6 DEPRESSIÓ MAJOR I IMMIGRACIÓ

En les últimes dècades i abans de l'arribada de la crisi social i econòmica, Espanya es caracteritzava cada vegada més per ser un país emigrant, ja que el flux d'immigrants que rebia era cada vegada major.

Emigrar és un fenomen complex que genera conseqüències diverses a la societat de destí així com a les mateixes persones que han d'emprendre aquest camí. Emigrar s'està convertint per a milions de persones en un procés que conté un nivell d'estrès tan intens que pot arribar a superar la capacitat d'adaptació dels éssers humans. Aquestes persones pateixen el risc de patir el **Síndrome de l'Immigrant amb Estrès Crònic i Múltiple** o també anomenat "*Síndrome d'Ulises*" (fent referència a l'heroi grec que va patir innumerables adversitats i perills lluny dels seus éssers estimats)¹.

Com molts altres esdeveniments de la vida (els anomenats *life events*), la migració suposa un conjunt complex de trets, beneficis i avantatges (com és l'accés a noves oportunitats vitals i horitzons), així com un conjunt de dificultats, de tensions i de situacions d'esforç (Achotegui, 2004).

Es denomina "*dol migratori*" a les pèrdues psicològiques que ocasiona la migració, al procés complex de reorganització de la personalitat que la persona ha de fer front per tal d'adaptar-se al canvi migratori. El dol migratori és un dol complex i, en moltes ocasions, difícil sobretot si les circumstàncies personals i/o socials de la persona immigrant són problemàtiques fins al punt que poden arribar a desestructurar a la persona (Achotegui, 2012).

Existeix evidència empírica que suggereix una major prevalença de símptomes depressius en la població immigrant (Shin, 1994). Autors com Vega, Kodoly, Valle i Hough (1987), posen de manifest l'existència d'una major probabilitat de patir depressió en aquells immigrants que han experimentat un sentiment de pèrdua.

Segons el metanàlisis realitzat per Swinnen i Seltén (2007), considera que el risc relatiu de desenvolupar un trastorn mental entre immigrants és del 2.74%, i més concretament, el risc relatiu de patir trastorns de l'estat d'ànim és de l'1.38%. En aquest sentit, Achotegui (2002) manifesten que la migració no és la causa d'una malaltia física o d'un trastorn mental, sinó un factor de risc si es donen les següents situacions: si existeix vulnerabilitat (l'immigrant no està sa o té discapacitat); si el nivell d'estressor és molt alt (una acollida hostil) i si es donen ambdues condicions.

Quan imposem el nostre model de salut i malaltia, tendim a ignorar o, si més no, a menysprear les parts de la cultura que difereixen de la nostra. Aquest fet rep el nom de "*ceguesa transcultural*" (Tizón, 2007). L'immigrant presenta uns determinants de salut inherents a la seva condició i s'hauria de tenir molt en compte algunes consideracions a l'hora d'abordar una patologia prevalent al nostre medi.

¹ El concepte "Síndrome de l'immigrant amb estrès crònic i múltiple-Síndrome d'Ulises" va ser descrit a l'any 2002 per Joseba Achotegui al llibre *La depresión en los inmigrantes: una perspectiva transcultural* (Editorial Mayo, Barcelona). A l'any 2003, arrel d'una sessió al Parlament Europeu, es va crear una comissió internacional de treball sobre el Síndrome d'Ulises i ha estat inclòs en els programes docents d'universitats espanyoles i estrangeres.

La causa més freqüent de diagnòstic en població immigrant són els trastorns mentals amb un 19.33%, dels quals el diagnòstic principal és el trastorn ansiós-depressiu amb un 53.45%, amb una probabilitat del 25% de que aquests trastorns tornin a aflorar entre els 2 i 5 anys després d'emigrar. També caldria destacar altres patologies com les somatitzacions, els trastorns d'adaptació i l'insomni.

Diverses investigacions han trobat una relació negativa entre el recolzament social i determinats símptomes psiquiàtrics, al comparar grups de subjectes amb alta i baixa depressió, aquests últims tenien més recolzament social (Lakey, Tardiff i Drew, 1994). Analitzant la interacció del recolzament social i els esdeveniments vitals sobre la depressió, alguns investigadors han constatat un efecte amortidor del recolzament en la relació entre esdeveniments vitals estressants i depressió (Paykel, 1994).

1.6.1 La depressió major en adolescents immigrants

Com s'ha dit anteriorment, el fenomen migratori té cada vegada més rellevància al nostre país. Són molts els organismes oficials, mitjans de comunicació, serveis professionals, etc., que incideixen bàsicament en població immigrant adulta deixant de banda els més petits.

Si cada vegada hi ha major consens en què la infància i l'adolescència són moments de gran transcendència en el desenvolupament de l'individu i, concretament, per la seva salut (mental i física), és raonable suposar que en el cas dels nens i joves immigrants no serà menys important. En aquest sentit, i en el cas dels immigrants, fa que tingui una especial transcendència i no només en el propi adolescent com en el seu entorn més proper. Torras de Beà (2004) afirma que s'ha descrit aquesta etapa com un període de crisi, patiment i conflicte, però és evident que en aquest malestar, lligat a canvis, impulsos, dols, inseguretats i progressos, participen els pares, i en certa manera, la família.

Grinberg i Grinberg (1996) fan referència al procés migratori, i diuen textualment: *“Les coses transcorren de manera molt diferent si la migració és desitjada o no, si es realitza en solitari o en família, i quina és la relació amb aquesta. La família funciona com un grup protector si la migració va ser desitjada o si es tracta d'un exili compartit però, al contrari, pot funcionar com un grup coercitiu si és qui ha obligat al jove a una migració no desitjada”*. En aquest sentit, quan parlem de la vivència de la migració per part de l'adolescent i de l'entorn familiar, Izquierdo (1996) parla de la *cultura de les absències* i Funes (2000) de les *tensions i contradiccions*. Sovint, els problemes que presenten aquests adolescents són només el símptoma que posa de manifest dols aplaçats o dols no elaborats per part dels pares.

Si a la crisi normal de l'adolescència (Icart, Belzunegui i Pastor, 2004) se li afegeix la càrrega emocional que comporta qualsevol fet migratori, possiblement estem davant d'una situació certament delicada i difícil d'assolir. En aquest sentit, i sense cap tipus de valoració a priori, no són estranys els problemes de convivència de determinats col·lectius d'adolescents estrangers que, de tant en tant, tenen un ampli ressò mediàtic.

Un estudi realitzat per Gualtero i Gomà (2009), planteja el fenomen de la immigració en relació amb l'atenció en salut mental infantil i juvenil a Catalunya, particularment en els sectors sanitaris Delta Litoral (Baix Llobregat) i de l'Hospitalet. Aquest estudi posa de manifest que dels pacients fills d'immigrants estrangers atesos en el Centre de Salut Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ), el 42.4% dels infants i adolescents varen ser diagnosticats de trastorn neuròtic secundari a situacions estressants i trastorns somatomorfs, segons la classificació CIE-10 (OMS, 2001). Amb un 26.9% es trobaven els trastorns de comportament d'inici en la infància i l'adolescència, que agrupa els diagnòstics vinculats amb problemes emocionals d'ansietat (de separació i fòbica), hipersensibilitat social, rivalitat entre germans, trastorns de vinculació, tics, etc. En quan a un altre tipus de patologia, especialment els trastorns esquizofrènics, responen a les xifres de prevalença de la població general que es troba al voltant del 0.8% i 1% depenent dels estudis.

En relació a estudis realitzats en països de més trajectòria pel que fa a la recepció d'immigrants, Vollebergh et al. (2005) van estudiar mitjançant l'inventari d'Achenbach (1991), una població infantil escolaritzada a Holanda, i conclouen que els nens de famílies immigrades no semblen experimentar més problemes de salut mental que els seus companys no immigrants. No obstant, els pares immigrants manifesten més dificultats en els seus fills que en els no immigrants.

Segons Cendrine i Ilkka (2010), existeix relació entre la variable immigració i comportament suïcida en els adolescents. L'ètnia i el país de naixement, així com el temps transcorregut en el nou país, s'han relacionat amb tendències suïcides en joves immigrants. Seguint els autors, varen trobar major prevalença d'ideació suïcida i temptativa en joves llatins (o també, anomenats "*hispanos*"), en comparació amb els angloamericans i els afroamericans, però en canvi, els resultats varen ser molt similars als dels asiàtics-americans. Referent als llatins, no es varen trobar diferències estadísticament significatives pel que fa al país d'origen (Mèxic, el Carib, Amèrica Central i Amèrica del Sud). També es va trobar major risc de suïcidi en llatins nascuts a l'estranger (és a dir, fora dels EEUU) en comparació amb els llatins nascuts als EEUU.

En una mostra de 3.135 adolescents, Peña et al. (2008) van observar que les taxes d'intents de suïcidi entre els joves llatins eren menors per aquells llatins de primera generació en comparació amb els de segona generació, fent èmfasi en la influència de la generació sobre el comportament suïcida. Concretament, els llatins nascuts a EEUU amb pares immigrants eren més propensos a temptatives de suïcidi, problemes amb l'alcohol, consum i abús de marihuana, i consum d'altres drogues en comparació amb els joves nascuts a l'estranger.

Segons Liu i Kaplan (1999), la prevalença de suïcidi en joves asiàtics-americans és més elevada que per altres grups ètnics, tan per homes com per dones. Dins de la població asiàtica americana, existeixen diferències pel que fa al grup ètnic, per exemple, joves provinents del sud-est asiàtic i els coreans semblen presentar una major atenció en salut mental que altres grups, com serien els xinesos i els japonesos (Ying i Han, 2007).

CAPÍTOL II

ESTILS I ESTRATÈGIES D'AFRONTAMENT

2.1 REVISIÓ HISTÒRICA DEL CONCEPTE

Lazarus i Folkman (1984) varen definir el concepte d'afrontament com "*aquells esforços cognitius i conductuals constantment canviant que es desenvolupen per a millorar les demandes específiques externes i/o internes que són avaluades com excedents o desbordants dels recursos dels individus*" (p. 141).

Dins d'aquesta concepció, les estratègies d'afrontament utilitzades per les persones estarien fortament condicionades per la percepció que es tingui de la situació (avaluació primària) i dels recursos amb què es compta per a fer-li front (avaluació secundària).

En la mateixa línia, no es parlaria d'un estil d'afrontament més apropiat que un altre, sinó que la funcionalitat vindria determinada pel tipus de situació en la que es posi en funcionament (Frydenberg i Lewis, 2009). Per tant, seguint aquesta conceptualització, **l'afrontament** estaria determinat per la *persona, l'ambient i la seva interacció* (Frydenberg, 1994).

L'afrontament, a diferència dels mecanismes de defensa, té un caràcter intencional, i com a tal, es basa en l'anàlisi de la situació i busca fer front a les demandes percebudes de l'entorn (Casullo, 1998).

2.2 ESTILS I ESTRATÈGIES D'AFRONTAMENT

Les investigacions sobre afrontament han tendit a agrupar les respostes o estratègies d'afrontament en *categories o estils*, definits com a predisposicions personals utilitzades per a fer front a les diferents situacions, essent aquestes les que determinen les estratègies i la seva estabilitat temporal i situacional (Cassaretto, Chau Oblitas i Valdez, 2003).

Seguint en aquesta línia, es defineix **l'estil d'afrontament** d'una persona com la tendència en utilitzar un mateix grup d'estratègies d'afrontament de forma consistent per a fer front a l'estrès transituacionalment. Les **estratègies d'afrontament** es defineixen com accions intencionals encaminades a un objectiu, fent referència a respostes personals que són flexibles, depenent de les exigències i demandes de la situació (Frydenberg, 1997).

Alguns estils d'afrontament poden esdevenir una funció protectora, regulant les emocions negatives relacionades amb l'estrès o generant noves situacions alternatives, reduint així les conseqüències perjudicials per a la salut, mentre que altres estils d'afrontament podrien augmentar els efectes de l'estrès i contribuir a una inadequada adaptació (Seiffge-Krenke i Klessinger, 2000).

Són moltes les diferències conceptuals existents dels estils d'afrontament segons els autors que ho han estudiat (Crespo i Cruzado, 1997) (Taula 6):

Taula 6.

Classificació dels estils d'afrontament (Crespo i Cruzado, 1997).

Autors	Classificació dels estils d'afrontament
Frydenberg i Lewis (1996)	Afrontament productiu Afrontament no productiu / no afrontament Referència a altres
Seiffge-Krenke (1993)	Afrontament funcional Afrontament no funcional
Roth i Cohen (1986)	Afrontament orientat a l'aproximació Afrontament d'evitació
Lazarus i Folkman (1984)	Afrontament centrat en el problema Afrontament centrat en l'emoció

- **Frydenberg i Lewis (1996):**

Agrupen els estils d'afrontament en 3 tipus:

- *Afrontament productiu*: caracteritzat pels esforços que es dirigeixen a resoldre el problema, amb una actitud optimista, relaxada i socialment connectada.
- *Afrontament no productiu o no afrontament*: inclou estratègies d'afrontament d'evitació, generalment associades a una incapacitat per a fer front a la situació, sentiment de culpa, aïllament social o accions que no estan focalitzades en la resolució del problema.
- *Referència a altres*: aquest tipus implica un intent per afrontar el problema ajudat pel recolzament i els recursos dels demés, com els pares, professionals o d'altres persones.

- **Seiffge-Krenke (1993):**

Fan una distinció entre:

- *Afrontament funcional*: aquest tipus representa intents de resoldre el problema mitjançant accions concretes i directes, amb o sense referència als altres.
- *Afrontament no funcional*: en aquest tipus no hi ha una adequada regulació de les emocions i apareixen sentiments de pèrdua de control de la situació.

- **Roth i Cohen (1986):**

Diferencien entre:

- *Afrontament orientat a l'aproximació*: aquest tipus implica una predisposició activa per a fer front a l'esdeveniment estressant i superar-lo, suposant determinats comportaments cognitius, conductuals i emocionals amb l'objectiu de resoldre el problema mitjançant estratègies d'afrontament com la cerca activa de la informació i la planificació de la solució.
- *Afrontament d'evitació*: en aquest tipus les estratègies cognitives, emocionals o conductuals tenen la finalitat de no afrontar-se al problema.

- **Lazarus i Folkman (1984):**

Proposen la següent classificació:

- *Afrontament centrat en el problema*: aquest tipus d'afrontament pretén focalitzar els esforços en la font del problema per tal de convertir l'estressor en menys estressant, és a dir, modificar la situació problemàtica per tal de fer-la menys estressant.
- *Afrontament centrat en l'emoció*: en canvi, aquest tipus d'afrontament pretén reduir la tensió indirectament, fent èmfasi en les emocions de la persona davant l'estressor, és a dir, reduir la tensió, l'activació fisiològica i la reacció emocional.

Tots aquests estudis arriben a una conclusió comuna, i és que la utilització d'estratègies d'afrontament actives, és a dir, centralitzades i orientades a solucionar el problema, estan associades a un major benestar psicològic, mentre que les estratègies d'afrontament centrades en les emocions o en l'evitació semblen estar més relacionades a un major malestar (Viñas i Caparrós, 2000).

L'afrontament és un constructe clau per a comprendre com els adolescents reaccionen davant els esdeveniments vitals estressants i s'adapten a les seves experiències (García, 2010).

Frydenberg i Lewis (1997) afirmen que és possible fer una distinció entre *afrontament general* i *afrontament específic*, és a dir, la manera amb la qual l'adolescent encara qualsevol situació (general) i una problemàtica particular (específic).

Dins de l'afrontament general, Frydenberg i Lewis (1996) van identificar 18 estratègies d'afrontament, a partir de l'anàlisi factorial del seu qüestionari "*Escala de Afrontamiento para Adolescentes, ACS (1996)*" que corresponen a 3 estils d'afrontament més amplis, (Taula 7):

Taula 7.
Classificació dels estils d'afrontament (Frydenberg i Lewis, 1996).

Estils d'afrontament	Estratègies d'afrontament
Afrontament dirigit a la resolució del problema	Buscar diversions relaxants (Dr) Esforçar-se i tenir èxit (Es) Distracció física (Fi) Fixar-se en la part positiva (Po) Concentrar-se en resoldre el problema (Rp)
Afrontament en relació amb els demés	Buscar recolzament espiritual (Ae) Invertir en amics íntims Buscar ajuda professional (Ap) Buscar recolzament social (As) Buscar pertinença (Pe) Acció social (So)
Afrontament improductiu	Autoinculpar-se (Cu) Fer-se il·lusions (Hi) Ignorar el problema (Ip) Falta d'afrontament (Na) Preocupar-se (Pr) Reservar-ho per un mateix (Re) Reducció de la tensió (Rt)

A continuació, es fa una breu descripció de les 18 estratègies d'afrontament:

- **Buscar recolzament social (As):** estratègia que consisteix en compartir el problema amb els demés i buscar recolzament per a la seva resolució. (Per exemple, "parlar amb altres sobre el meu problema per a que m'ajudin").
- **Concentrar-se en resoldre el problema (Rp):** estratègia dirigida a resoldre el problema, a estudiar-lo sistemàticament i analitzar els diferents punts de vista i opcions. (Per exemple, "dedicar-me a resoldre el problema posant en joc totes les meves capacitats").
- **Esforçar-se i tenir èxit (Es):** estratègia que descriu el compromís, l'ambició i la dedicació. (Per exemple, "treballar intensament").
- **Preocupar-se (Pr):** estratègia que es caracteritza per elements que indiquen temor pel futur en termes generals o, més en concret, preocupació per la felicitat futura. (Per exemple, "preocupar-me pel que està passant").
- **Invertir en amics íntims (Ai):** estratègia que fa referència a la cerca de relacions personals íntimes. (Per exemple, "passar més temps amb el noi o noia amb el que acostumo a anar").
- **Buscar pertinença (Pe):** estratègia que indica un interès per les relacions amb els demés en general i, més específicament, pel que els altres puguin pensar d'un mateix. (Per exemple, "millorar la meva relació personal amb els demés").
- **Fer-se il·lusions (Hi):** estratègia expressada per elements que estan basats en l'esperança i en l'anticipació d'una sortida positiva. (Per exemple, "esperar que passi el millor").
- **Falta d'afrontament (Na):** aquesta estratègia està composta per elements que indiquen una incapacitat personal per a tractar el problema i el desenvolupament de símptomes psicossomàtics. (Per exemple, "no tenir forma d'afrontar la situació").
- **Reducció de la tensió (Rt):** estratègia que es caracteritza per elements que indiquen un intent per sentir-se millor mitjançant accions que redueixen la tensió. (Per exemple, "intentar sentir-me millor bevent alcohol, fumant o prenent drogues").
- **Acció social (So):** estratègia que fa referència al fet de deixar que els altres coneguin el problema i aconseguir ajuda escrivint peticions o organitzant activitats com ara reunions o grups. (Per exemple, "unir-me a gent que tingui el mateix problema").
- **Ignorar el problema (Ip):** estratègia que agrupa els elements que indiquen un esforç conscient per negar el problema o desentendre's d'ell. (Per exemple, "ignorar el problema").
- **Autoinculpar-se (Cu):** estratègia que indica com certes persones es veuen com a les màximes responsables dels problemes o preocupacions que tenen. (Per exemple, "sentir-me culpable").
- **Reservar-ho per un mateix (Re):** estratègia expressada per elements que indiquen que la persona fuig dels demés i no desitja que coneguin els seus problemes. (Per exemple, "guardar els meus sentiments per a mi sol").

- **Buscar recolzament espiritual (Ae):** estratègia formada per elements que indiquen una tendència a resar i a creure en l'ajuda de Déu o d'un líder espiritual. (Per exemple, "deixar que Déu s'ocupi del meu problema").
- **Fixar-se en la part positiva (Po):** estratègia que intenta buscar atentament l'aspecte positiu de la situació. Inclou veure la part bona de les coses i el considerar-se afortunat. (Per exemple, "fixar-me en l'aspecte positiu de les coses i pensar en les coses bones").
- **Buscar ajuda professional (Ap):** estratègia que consisteix en buscar la opinió de professionals com ara un professor o un psicòleg. (Per exemple, "demanar consell a una persona competent").
- **Buscar diversions relaxants (Dr):** estratègia que es caracteritza per elements que descriuen activitats d'oci i relaxants com ara la lectura o la pintura. (Per exemple, "trobar una forma de relaxar-se, com ara escoltar música, llegir un llibre, tocar un instrument musical o veure la televisió").
- **Distracció física (Fi):** estratègia formada per elements que descriuen la dedicació a l'esport, a l'esforç físic i al mantenir-se en forma. (Per exemple, "mantenir-me en forma i de bona salut").

La classificació de Frydenberg i Lewis (1997) sobre les estratègies d'afrontament és un dels pocs instruments dissenyats per a avaluar l'afrontament en població adolescent.

L'adolescència és considerada una etapa del desenvolupament caracteritzada per continus canvis, que poden ocasionar estrès. Les exigències psicosocials derivades d'aquest procés evolutiu poden repercutir en el desenvolupament psicològic, influint en la confiança amb un mateix, la timidesa, l'ansietat, el sentiment d'eficàcia, l'autoestima o el desenvolupament d'estratègies d'afrontament (Frydenberg i Lewis, 1991). L'afrontament en els adolescents es relaciona amb un conjunt d'accions i cognicions que el capaciten per tolerar, evitar o minimitzar els efectes produïts per un esdeveniment estressant (Plancherel i Bolognini, 1995).

A l'adolescència, les estratègies d'afrontament semblen ser el resultat d'aprenentatges realitzats en experiències prèvies, que constitueixen un estil estable d'afrontament, que determina les estratègies situacionals (Frydenberg i Lewis, 1994; Frydenberg, 1997; Donaldson, Prinstein, Danovsky i Spirito, 2000).

Depenent de l'afrontament, les conseqüències poden ser negatives (com ara ansietat, depressió, fracàs escolar, etc.) o positives (un major benestar, sensació de plenitud o simplement una bona adaptació al seu entorn social) (Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen i Wadsworth, 2001, González, Montoya, Casullo i Bernabéu, 2002, Frydenberg i Lewis, 2004, Frydenberg i Lewis, 2009, Cicognani, 2011, Vera et al., 2012, Krattenmacher et al., 2013).

Referent a les estratègies d'afrontament de l'estrès i la seva relació amb els problemes de salut a l'adolescència, alguns estudis han trobat que la utilització d'estils més passius o evitatius s'associa amb pitjors resultats de salut que els estils més actius o aproximatius (Piko, 2001).

Segons el *Model d'Interacció subjecte-factors de risc i depressió* de Del Barrio (1996) explicat en el capítol anterior, les estratègies d'afrontament són el procés que un subjecte posa en marxa per fer front a l'estrès, utilitzant una àmplia gamma de mecanismes psicològics, per reduir-lo, dominar-lo o anul·lar-lo. D'aquesta manera, l'afrontament actuaria com a mediador entre el subjecte i la resposta d'ell mateix vers un esdeveniment estressant.

2.3 DIFERÈNCIES D'EDAT I GÈNERE

2.3.1 Afrontament i edat

L'adolescència és el període en el qual les diferències de gènere emergeixen amb més claredat pel que fa als símptomes depressius i a la conducta delictiva (Kort-Butler, 2009). Les noies comencen a mostrar nivells més alts de símptomes depressius que els nois, mentre que els nois comencen a participar més en conductes antisocials que les noies (Aarons, Brown, Hough, Garland i Wood, 2001; Kessler et al., 1993). Per aquest motiu, l'adolescència es converteix en el període clau per estudiar les diferències de gènere en els símptomes depressius i conductes delictives (Barrett i White, 2002).

A l'inici de l'adolescència, les vivències personals (que fins ara s'ubicaven a nivell social proper com ara la família i l'escola), ara s'estenen a un nivell social més ampli i complex (com els companys, inici de relacions amoroses, etc.). D'aquesta manera, els problemes relatats pels adolescents joves solen referir-se a contextos coneguts mentre que els adolescents més grans relaten, generalment, problemes amb companys o relacionats amb el medi social més ampli i, per tant, menys conegut i menys factible de control (Zanini i Forns, 2005).

Alguns autors apunten que la utilització d'estratègies d'afrontament centrades en el problema es manté constant al llarg de l'adolescència, al mateix temps que es produeix un increment de la utilització d'estratègies centrades en les emocions. Compas, Orosan i Grant (1993) expliquen aquest fenomen argumentant que l'ús de les habilitats de solució de problemes s'adquireix prèviament a l'inici de l'adolescència i no es veuen incrementades durant aquest període. En canvi, l'aprenentatge de les estratègies d'afrontament centrades en les emocions té lloc al llarg de tota l'adolescència. És per això, que es produeix un increment en la utilització d'aquest estil d'afrontament.

Els resultats de les investigacions sobre les estratègies d'afrontament en funció de l'edat i del gènere en adolescents són contradictoris (Mullis i Chapman, 2000). En relació a l'edat, els adolescents més joves utilitzen amb major freqüència l'estil d'afrontament focalitzat en l'emoció, mentre els adolescents més grans utilitzen l'afrontament focalitzat en el problema (Stern i Zevon, 1990; Groer, Thomas i Shoffner, 1992; Gamble, 1994).

Tot i així, sembla que hi ha acord que la utilització d'ambdós estils (centrat en el problema i centrat en l'emoció) s'incrementa amb l'edat, i que els adolescents de major edat posseeixen un repertori de

respostes d'afrontament més ampli (Seiffge-Krenke, 1990; Eisenberg, Fabes i Guthrie, 1997; Donaldson et al., 2000; Williams i McGillicuddy, 2000). Seguint la mateixa línia, s'ha demostrat que amb l'edat augmenten l'ús d'estratègies d'afrontament de l'estil improductiu en ambdós gèneres, especialment a les noies (Plancherel i Bolognini, 1995; Plancherel, Bolognini i Halfon, 1998; Frydenberg i Lewis, 1999).

Frydenberg (1997) proposa una explicació alternativa. Segons l'autora, el que succeeix és que molts adolescents viuen la transició de l'educació primària a l'etapa secundària com un repte i desperta en ells optimisme, entusiasme i desig de treballar per aconseguir bons resultats; però amb el pas del temps, molts veuen frustrades les seves expectatives i es van tornant més pessimistes respecte a les seves capacitats i recursos. D'aquesta forma, es produeix en ells un increment de la utilització de les estratègies d'afrontament centrades en l'evitació i en la reducció de la tensió.

Per altra banda, Seiffe-Krenke (1993), va trobar que les estratègies d'afrontament s'incrementen amb l'edat, tan en els estils d'afrontament centrats en el problema com en els estils d'afrontament centrats en l'emoció. Moss (1993) informa que els adolescents més grans tendeixen a utilitzar en major grau ambdós tipus d'afrontament, els focalitzats en l'aproximació i els centrats en l'evitació. D'altra banda, Griffith, Dubow i Ippolito (2000) refereixen a un augment paral·lel a l'edat de l'ús d'estils d'afrontament d'aproximació al problema (en relació amb els adolescents joves), mentre que pels adolescents joves es presenten graus superiors en els estils d'afrontament d'evitació, en relació a les presentades pels seus companys més grans.

En canvi, no tots els estudis posen de manifest un paper clau i rellevant en relació amb l'edat. Hampel i Petermann (2005), varen trobar que davant estressors interpersonals i acadèmics, els adolescents d'ambdós sexes de totes les edats, utilitzaven de manera freqüent un repertori d'estratègies d'afrontament desadaptatives (passivitat, evitació, rumiació, resignació i agressió), en lloc d'estratègies d'afrontament adaptatives (cerca de recolzament social, distracció/recreació, solució activa, autocontrol i auto-instruccions positives). Aquests autors varen concloure que la utilització d'estratègies d'afrontament no difereix consistentment en funció de la variable edat.

2.3.2 Afrontament i gènere

En relació a les estratègies d'afrontament i gènere, existeixen alguns resultats contradictoris. Frydenberg i Lewis (1991) varen senyalar l'absència de diferències en l'estil d'afrontament centrat en el problema, i posteriorment (Frydenberg i Lewis, 1999) varen observar que els nois utilitzaven la cerca de diversions relaxants i la distracció física més que les noies (Recklitis i Noam, 1999).

Boekaerts (1996) apunta que hi ha un ús diferencial de determinades estratègies d'afrontament i que en general per afrontar els seus problemes, les noies adolescents busquen un estil per focalitzar en l'emoció, com el recolzament social, mentre que els nois adolescents utilitzen altres mètodes no relacionats directament amb la interacció social, com serien diversions relaxants i la distracció física.

En relació a l'estil d'afrontament centrat en l'emoció, sembla que hi ha consens en afirmar que les noies adolescents utilitzen amb major freqüència el recolzament social (Frydenberg i Lewis, 1991; Plancherel i Bolognini, 1995; Parsons, Frydenberg i Poole, 1996; Plancherel, Bolognini i Halfon, 1998; Frydenberg i Lewis, 1999; Recklitis i Noam, 1999; Washburn, 2000). També s'ha trobat que quan l'estratègia de recolzament social és utilitzada pels nois, aquests milloren el seu rendiment acadèmic i mantenen el seu benestar psicològic (Parsons et al., 1996).

La rumiació i la distracció física són dos tipus d'afrontament centrat en l'emoció. Nolen-Hoeksema et al. (1992), proposaven que les noies eren més propenses que els nois a utilitzar aquests tipus d'afrontament rumiatius. La rumiació és preocupar-se o pensar en un problema de manera freqüent amb la finalitat de gestionar els sentiments associats a l'estressor. Aquest tipus d'estratègia és més propens a mantenir els símptomes depressius que les estratègies d'afrontament emocional com la distracció o l'activitat física, més utilitzada en els nois.

En aquesta mateixa línia es situen els estudis de Frydenberg i Lewis, 1994, Hampel i Petermann, 2005, González et al., 2002, on afirmen que les noies adolescents utilitzen amb major freqüència estratègies no productives com la preocupació o autoinculpar-se, mentre que els nois tendeixen a ignorar el problema o a reservar-ho per ells mateixos.

A més de les diferències qualitatives, el gènere també sembla marcar diferències quantitatives en la resposta d'afrontament. Les noies utilitzen més estratègies d'afrontament que els nois, a més les noies puntuen amb una intensitat de quatre vegades més que els nois en la vivència d'un mateix esdeveniment (Boekaerts, 1996; citat a Zanini i Forns, 2005).

Segons un estudi de Frydenberg i Lewis (1993), les noies semblen preocupar-se més que els nois (perceben un major nombre d'esdeveniments com estressants i amenaçadors, especialment els procedents de l'àmbit interpersonal i familiar), utilitzen per terme mig més estratègies d'afrontament i tenen més predilecció pel recolzament social i el fer-se il·lusions. Pel contrari, els nois ignoren més els problemes, utilitzen més la distracció física i la recerca de diversions relaxants, i quan els problemes són inevitables, els intenten solucionar per ells mateixos, sense buscar el recolzament dels altres (Boekaerts, 1996; Frydenberg, 1997).

Però no tots els resultats van en la mateixa línia. Hi ha estudis que no troben diferències pel que fa a la variable gènere en l'ús de les estratègies d'afrontament (Zanini i Forns, 2005), de manera que no queda clar a partir de quina edat aquestes diferències comencen a ser significatives (Rice, Herman i Petersen, 1993).

Tot i així, és important la necessitat de considerar les diferències de sexe quan s'estudien les estratègies d'afrontament en població adolescent (Frydenberg i Lewis, 2009).

2.4 AFRONTAMENT I DEPRESSIÓ MAJOR

Investigacions demostren que les noies adolescents experimenten major tipus d'estrès relacionat amb els problemes de relació amb la família i amb els amics, en canvi, els nois adolescents experimenten un tipus d'estrès relacionat amb els impediments per aconseguir les seves fites personals i la victimització física (Compas i Wagner, 1991, Gore, Aseltine i Colton, 1992, Liu i Kaplan, 1999).

De Coster (2005), ha trobat que les noies adolescents són més vulnerables a situacions estressants relacionades amb la família i amb els companys, el que contribueix a símptomes depressius, mentre que els nois adolescents són més vulnerables a la victimització i a factors d'estrès relacionat amb el rendiment, contribuint a la conducta delictiva.

Hi ha estudis que han analitzat com les diferències de gènere influeixen en les estratègies d'afrontament a situacions estressants i com es tradueix en símptomes depressius i conducta delictiva en adolescents (De Coster, 2005; Kim, Conger, Edler i Lorenz, 2003).

Molts estudis han trobat una relació directa entre l'existència d'inadequades estratègies d'afrontament i depressió (Kazdin, 1989; Lewinsohn et al., 1994).

La investigació suggereix que els nois adolescents tendeixen a utilitzar un estil d'afrontament centrat en el problema, on tracten de controlar les seves emocions i controlar la situació, en centren en els aspectes positius de la situació i participen en la resolució dels problemes individualitzats. En canvi, les noies adolescents tendeixen a utilitzar estils d'afrontament centrats en l'emoció, en el que expressen les seves emocions, es distreuen, es centren en els aspectes negatius de la situació i busquen recolzament social (Allison, Adalf i Mates, 1997; Compas et al., 1993, Frydenberg i Lewis, 1994; Seiffge-Krenke, 1993).

La inhabilitat per a la solució de problemes produeix uns sentiments negatius que poden desencadenar depressió (com indefensió, atribucions negatives, etc.). D'altra banda, els subjectes deprimits tendeixen a utilitzar un determinat estil d'afrontament, més aviat orientat a l'emoció en comptes d'orientat al problema (Endler i Parker, 1990). Aquest fenomen actua agreujant la situació de la persona deprimida, ja que la solució als problemes està íntimament relacionada amb les estratègies centrades en el problema (Del Barrio, 1996).

Ebata i Moos (1991), varen analitzar la relació entre afrontament i psicopatologia utilitzant l'autoinforme *Youth Self Report (YSR)* (Achenbach, 1991), on varen trobar nivells baixos d'aproximació i nivells alts d'afrontament d'evitació com a predictors del desenvolupament de la depressió.

D'un estudi realitzat amb una mostra d'adolescents deprimits amb un seguiment d'1 any, es va trobar que els participants que havien canviat d'estratègies d'afrontament d'evitació a estratègies d'afrontament d'aproximació, havien presentat una disminució en la seva depressió (Hermann-Stahl, Stemmler i Petersen, 1995). Seguint amb la mateixa línia, altres estudis mostren resultats similars, subratllant una menor utilització d'estratègies d'afrontament d'evitació i increment d'estratègies

d'afrontament més actives, associades a un millor ajustament emocional, concretament menor depressió i major percepció d'autoeficàcia en afrontament (Ebata i Moos, 1991).

D'altra banda, l'ús d'estratègies d'afrontament d'evitació pot variar amb el nivell de simptomatologia depressiva, és a dir, els adolescents amb un alt nivell de símptomes depressius informen d'una utilització d'estratègies d'afrontament d'evitació de manera més freqüent que els adolescents amb un nivell baix de simptomatologia depressiva (Chan, 1995).

Altres autors com Cunningham i Walker (1999), afirmen que la utilització d'estratègies d'afrontament no productives com ara preocupar-se, autoinculpar-se i reducció de la tensió, són les estratègies que millor s'associen amb la depressió.

Alguns autors afirmen que els estils d'afrontament d'evitació es relacionen més en noies adolescents que en nois adolescents (Seiffge-Krenke i Stemmler, 2002; De Boo i Spiering, 2010). Altres autors com Hermann-Stahl et al. (1995), sostenen que aquesta diferència de gènere no resulta ser constant a la resta d'investigacions.

CAPÍTOL III

EL TEMPERAMENT

3.1 REVISIÓ HISTÒRICA DEL CONCEPTE

El concepte **temperament** deriva del llatí *temperamentum* (que significa barreja), i va ser descrit a l'antiguitat per alguns filòsofs i metges de l'època.

Hipòcrates al segle V a.C. va descriure les següents categories: el tipus sanguini o alegre, que indicava un excés de sang; el tipus melancòlic, que tenia un excés de bilis negra; el colèric i violent caracteritzat per un augment de bilis groga i el flegmàtic, passiu o calmat, al que se li va atribuir un excés de flegma (De la Fuente, 1983).

Els grecs i els romans al segle V a.C. creien que l'equilibri entre aquests quatre humors (bilis groga, bilis negra, sang i flegma) creaven un tàndem de dues qualitats complementàries universals: calors versus fredor, i sequedat versus humitat (Siegel, 1968).

Galè al segle I d.C. va avançar la teoria dels humors corporals d'Hipòcrates i va proposar que els nens eren impulsius i irracionals degut a que naixien amb un excés d'humitat. Galè va proposar que la predominança d'un dels humors donava com a resultat un tipus emocional o temperamental que formava el nucli dels quatre tipus de personalitat. Un desequilibri en cada humor es corresponia amb un temperament humà particular, de manera que els individus amb temperament sanguini són extravertits i socials, els melancoliosos són creatius i amables, els colèrics tenen molta energia i carisma, i els flegmàtics es caracteritzen per la dependència i la bonat. D'aquesta manera, la personalitat ideal era la que contenia un equilibri entre les característiques complementàries de calor-fredor i sequedat-humitat.

De la revisió històrica se'n desprèn que són dos els aspectes de l'enfoc clàssic que encara continuen vigents a les teories actuals sobre el temperament:

1. El fet que hi ha aspectes biològics i hereditaris que influeixen en les característiques del temperament;
2. Que les emocions són el nucli i, com a tal, defineixen les característiques del temperament.

El temperament tradicionalment s'ha associat a aspectes més biològics de la personalitat, com serien les característiques de l'individu, assumint que és de base biològica i que sorgeix a la primera infància (Brody i Ehrlichman, 1998). En canvi, és molt àmplia la varietat de terminologia que s'ha utilitzat per definir aquest concepte. Landy a l'any 2002 (citada a Serrano, 2008) citaven tot un seguit de punts coincidents entre les diferents teories sobre el temperament:

- El temperament és un concepte multidimensional que inclou certes diferències individuals que sorgeixen durant la infància.
- L'expressió de les dimensions de temperament canvia en el desenvolupament durant la infància.

- Almenys algunes dimensions de temperament tenen una base biològica.
- L'expressió del temperament pot ser controlada per factors contextuais, com les pràctiques educatives dels pares.
- Les dimensions del temperament són relativament estables en el temps.

Una de les dimensions més citades, que inclou totes aquestes consideracions, és la de Rothbart (1987), qui defineix el temperament en termes de diferències individuals i biològicament basades de tendències conductuals, que estan presents a les edats més precoces de la vida i que són relativament estables en el temps i a través de varies situacions.

En una revisió efectuada per Rothbart i Bates (2006), s'assenyala que en els últims anys s'ha produït un avenç important en la comprensió del temperament en la infantesa. Les visions inicials del temperament com quelcom fix i estable han estat substituïdes per enfoc més dinàmics que assenyalen canvis evolutius. A més dels estudis centrats en el temperament en edat infantil, també s'ha progressat cap a un major interès per la infantesa i adolescència.

Trets, caràcter, categoria, dimensió, actitud, factor, etc., són alguns dels nombrosos termes i conceptes proposats per descriure el temperament al llarg de l'últim segle. Titchener (1895) diferenciava entre el tipus i la disposició psicològica i actitud; Thorndike (1914) va destacar les qualitats del tret temperamental com les d'una reacció no focal, específica i singular; Perrin i Klein (1926) definien els trets com a respostes condicionades a certs estímuls; Kelly (1926) sostenia que hi havia una jerarquia de trets, de manera que hi havia els super-trets i els trets-tipus; Seymonds (1927) va introduir el terme *cofactor* per designar la conducta constant de resposta a elements comuns en situacions específiques (citat a Albores-Gallo, Márquez-Caraveo i Estañol, 2003).

Allport (1927) diferenciava tret de temperament, i la seva definició va ser la següent: *"El temperament es refereix als fenòmens característics de la naturalesa d'un individu, que incloent la susceptibilitat a l'estimulació emocional, la força i la velocitat de la resposta, la qualitat de l'humor prevalent i totes aquelles qualitats de la fluctuació i intensitat de l'afecte; aquests fenòmens són constitucionals i per tant, d'origen hereditari"* (1927).

Hans Eysenck (1953) postulava l'existència de diferents tipus temperamentals a partir de la conjunció de dues dimensions: extraversió-introversió i de l'estabilitat i labilitat de les emocions. Les combinacions d'aquests trets resulten en tipus de personalitat normal o patològica. Strelau (1983), consideraven la *reactivitat* com un tret primari del temperament i ho van classificar segons les diferències individuals. Tan Eysenck com Strelau, deriven els seus models de la teoria de Pavlov sobre les propietats del sistema nerviós central (SNC). El punt comú de les teories d'Eysenck (1953) i Strelau (1983) es basa en què les diferències individuals en les propietats del SNC (força de l'excitació, despertar, qualitat i intensitat de l'afecte) influeixen en la personalitat.

Els trets temperamentals descrits per tots aquests autors es conceptualitzen com a característiques afectives que es determinen genèticament i que romanen estables des dels primers anys de vida.

Tot i que els marcs teòrics dels quals s'aborda l'estudi del temperament són diversos i presenten característiques distintives, aquesta tesi es centrarà bàsicament en dues teories. En primer lloc, la teoria de Thomas i Chess (1977), autors que varen ser els pioners en l'abordatge del temperament en la infància des d'un punt de vista modern amb gran rellevància i influència sobre les investigacions posteriors; i el marc conceptual de Rothbart (2011), per considerar-lo una de les perspectives més completes cap a l'estudi del desenvolupament del temperament.

Avui dia, quan s'aborda l'estudi del temperament, la majoria dels investigadors estan d'acord amb la visió del temperament com un fenomen que es pot caracteritzar pels següents trets, tal i com es resumeix en la publicació de la taula rodona sobre el temperament (Goldsmith et al., 1987):

1. Les dimensions temperamentals reflexen tendències conductuals i no actes conductuals discrets, és a dir, són abstraccions i no conductes observables directament.
2. El temperament es refereix a diferències individuals en lloc de característiques generals. Des del punt de vista més general, es concep el temperament com una denominació per a un grup de trets relacionats, i no un tret únicament. El temperament agrupa fenòmens com irritabilitat, nivell d'activitat i por, entre d'altres.
3. El temperament és relativament estable quan es compara amb altres fenòmens, i també es caracteritza per la seva considerable coherència entre situacions.
4. El temperament té una base biològica; no obstant, existeixen una varietat d'aproximacions amb respecte al tipus i quantitat d'estructura anatòmiques i mecanismes fisiològics subjacents. En termes de la influència del temperament sobre l'ajustament de l'individu, és inqüestionable que tan les influències organísmiques com les ambientals han de ser considerades en interacció.
5. El temperament es refereix principalment a les reaccions o característiques formals de la conducta, tals com la intensitat, energia, força i velocitat.
6. És comuna la preocupació per la infància, que deriva de l'assumpció de que el vincle, entre el temperament i conducta, es torna més complex quan el nen madura.

A mode de resum de tots aquests punts comuns, McCall et al. (1987) a la taula rodona abans mencionada sobre temperament, proposa una definició de temperament que pretén integrar els diferents punts de vista: *"El temperament està constituït per disposicions bàsiques inherents a la persona, que són relativament consistents i que modulen l'activitat, la emocionalitat i la sociabilitat. Els principals elements del temperament estan presents de forma primerenca a la vida i aquests són els que més probabilitat tenen de ser influenciats fortament pels factors biològics. A mesura que succeeix el desenvolupament, l'expressió del temperament està cada vegada més influenciada per l'experiència i el context"* (Goldsmith et al., 1987, p. 524).

Cal fer èmfasi que la principal aportació d'aquesta definició és la consideració del temperament com la base sobre la que es construeix la personalitat. Seguint amb aquesta línia, es pot resumir la contribució que realitza el temperament en varis aspectes:

1. Els constructes de temperament ens proporcionen una base general per a les característiques psicològiques al voltant de les quals es desenvolupa la personalitat, essent un punt de partida per l'estudi socio-emocional (Ahadi i Rothbart, 1994).
2. Els constructes de temperament han estat vinculats tradicionalment als nivells d'anàlisi psicobiològics, per mitjà dels quals s'han realitzat importants contribucions teòriques i empíriques sobre el fenomen.
3. La personalitat pot ser contemplada com un camp més ampli de diferències individuals que inclou a les variables temperamentals; juntament al temperament, la personalitat inclou el contingut de les cognicions i les atribucions dels individus, i altres aspectes de la organització de l'estructura psicològica dels subjectes tals com la consciència, que s'estén més enllà del temperament.
4. El temperament permet analitzar els vincles entre els mecanismes psicològics i fisiològics, i entre les característiques individuals i la interacció social, juntament amb les representacions del jo i els altres.

3.1.1 Teoria de Thomas i Chess (1977)

La teoria i investigació actual sobre el temperament dels nens i nenes i sobre el seu rol en el funcionament emocional i en l'ajustament comportamental, té les seves arrels en els treballs de Thomas i Chess (1977). Els seus treballs varen motivar a un gran nombre d'investigadors interessats en el desenvolupament socio-emocional precoç a extrapolar la noció que les característiques innates del nen contribueixen substancialment al seu comportament posterior.

Thomas i Chess (1977) defineixen el temperament com un estil de conducta, entès com una tendència a comportar-se i diferenciant-lo de l'habilitat i de la motivació. Els mateixos autors argumenten la seva teoria amb les següents hipòtesis:

1. Els nens, des del moment del naixement, es diferencien individualment en els seus patrons de conducta, que poden ser identificats, categoritzats i mesurats. Aquests patrons tenen una base biològica, però la seva expressió i desenvolupament poden veure's intensificats, modificats o, fins i tot, substituïts per les influències postnatsals. Aquests patrons de conducta són els que fan referència al terme temperament.
2. El temperament influeix tan sobre les actituds i les activitats dels cuidadors, com sobre l'impacte que aquestes actituds i activitats tenen sobre el funcionament psicològic del nen. Idea que prové dels estudis sobre els efectes bidireccionals de la socialització.
3. El temperament és un aspecte normal de l'estructura psicològica dels nens, inclús per aquells que puntuen en els extrems d'una o altra estructura temperamental.

4. Temperament no equival a personalitat. Es considera com un aspecte independent de la mateixa, que no deriva de cap altre tribut i que sempre s'expressa com una resposta davant un estímul extern, per tant, només es pot entendre en funció del context social on sorgeixi. Així, aquest context afectarà en la seva forma i en el grau d'expressió.

Aquesta teoria s'emmarca dins del projecte d'investigació *New York Longitudinal Study* (NYLS, Thomas, Chess i Birch, 1968) que, tal i com assenyalen autors com Carranza i González (2003), representa un dels esforços més importants de la investigació longitudinal de la psicologia moderna.

El projecte NYLS (1968) sobre el desenvolupament del temperament es va iniciar a la dècada de 1950 amb l'estudi de nens de tres mesos d'edat (131 nens procedents de 85 famílies de classe mitja i mitjana-alta) als quals se'ls hi va realitzar un seguiment longitudinal fins arribar a l'edat adulta, i amb una durada de 10 anys en la seva primera fase. Es varen examinar diferents dimensions del temperament com: humor, adaptabilitat, lliandar de resposta, nivell d'activitat, ritmicitat, persistència de l'atenció, intensitat de la resposta, tendència a l'apropament i fugida. Es varen examinar aquestes conductes en els nens cada tres mesos durant els seus primers 22 mesos de vida, i aquestes avaluacions es varen dur a terme mitjançant la observació d'experts i informes dels pares. A banda del temperament, també es varen tenir en compte altres tipus de variables com la intel·ligència, l'adaptació, etc.

Com ja hem dit anteriorment, Thomas, Chess i Birch (1968) varen ser pioners en la investigació del temperament, principalment en nens. Els autors definien el temperament com *“el component estilístic de la conducta (com), diferenciat de la motivació (perquè) i del contingut de la conducta (què). El temperament està constituït per aquells atributs psicològics que no són secundaris o derivats d'altres característiques com podrien ser la cognició, el despertar, la motivació i l'emotivitat. L'energia, la persistència i la intensitat, són elements del temperament”*.

Thomas, Chess i Birch (1968) varen identificar nou trets comportamentals presents des del naixement, considerats avui dia com a clàssics, ja que varen servir com a model en nombroses investigacions posteriors. A la Taula 8 es mostra una definició de cada un d'ells:

Taula 8.

Resum de les definicions de les dimensions procedents del NYLS (Thomas, Chess i Birch, 1968).

Dimensió	Definició
Nivell d'activitat	Component motor present en el comportament dels nens desenvolupats durant la interacció diària amb els pares.
Regularitat en els ritmes biològics	Predicció o no predicció en el temps de funcions biològiques tals com els períodes de son/vigília, alimentació, etc.
Aproximació versus evitació	Fa referència a la naturalesa de les respostes inicials davant un estímul nou, ja sigui un menjar nou, una joguina nova o persona.
Adaptabilitat	Fa referència a la resposta davant una nova situació en relació a la facilitat en què la resposta pugui modificar-se en la direcció desitjada.
Llindar de resposta	Es refereix a la intensitat del nivell d'estimulació que és necessari per evocar una resposta.
Intensitat de reacció	La intensitat de reacció fa referència al nivell d'energia d'una resposta.
Qualitat de l'humor	Quantitat de conductes plaenteres en contrast amb les conductes no plaenteres i el plor.
Facilitat per a distreure's	Eficàcia que tenen els estímuls ambientals per interferir o alterar la conducta del nen.
Persistència i capacitat d'atenció	El període d'atenció es refereix a la durada en el temps d'una determinada activitat. La persistència es refereix a la continuació en una activitat malgrat els obstacles que puguin sorgir per a la seva realització.

Prenent com a referència aquestes nou dimensions, els investigadors varen trobar 3 constel·lacions de temperament que semblen tenir un significat funcional característic: temperament fàcil, temperament difícil i temperament lent per adaptar-se (*"slow to warm up"*). A continuació es descriuen:

- **"Temperament fàcil"**: caracteritzat temperamentalment per la regularitat a les seves funcions biològiques, una intensitat emocional moderada, humor positiu i una tendència a l'aproximació davant l'estimulació social novedosa. Els nens d'aquesta categoria són dòcils en la interacció amb els pares i mestres, fan amistats amb facilitat i són afables en les seves expressions emocionals. En els estudis de Thomas i Chess (1977), el 40% dels nens de la mostra varen ser classificats en aquesta categoria diagnòstica.
- **"Temperament difícil"**: es caracteritza per irregularitat en les funcions biològiques, baixa adaptabilitat, tendència a la retirada davant l'estimulació social novedosa, i un humor predominantment negatiu i d'alta intensitat. Tan els pares com els mestres solen trobar les relacions amb aquests nens molt complicades, ja que resulta difícil de controlar. S'inclouen en aquesta categoria el 10% de la mostra dels estudis de Thomas i Chess (1977).
- **"Temperament lent per adaptar-se"**: caracteritzat per donar una resposta inicial de retirada i lenta adaptabilitat davant quelcom novel·lós, un humor de moderada intensitat i un comportament relativament regular en el seu funcionament biològic. Aquests nens poder ser previnguts i solen mostrar un nivell d'activitat baix. Aquesta categoria representava el 15% de la mostra de l'estudi de Thomas i Chess (1977).

D'acord amb aquesta classificació, els nens deprimits encaixarien amb el grup de temperament lent en animar-se, però tot i així, l'estudi NYLS no va obtenir resultats d'interès. Dels 113 nens que varen ser avaluats en els seus primers anys, només 6 nens varen desenvolupar depressió durant la infància i

adolescència. En tots els casos es donaven disfuncions familiars com ara depressions, divorcis, mort d'algun ésser estimat o conflictes paterns.

Malgrat la manca de resultats concloents, les investigacions de Kelvin, Goodyer i Altham (1996) mostren que els subjectes que puntuaven alt en el factor temperamental *emocionalitat* (intensitat de resposta), presentaven una proporció significativament més alta amb trastorns distímics motiu pel qual van considerar que aquesta relació no era fruit d'altres elements ambientals, ja que els subjectes es varen comparar amb els seus germans per tal de descartar que l'aparició de la depressió pogués estar relacionada a altres factors de tipus familiar.

L'actual DSM-5 (APA, 2014) inclou com a factor de risc els factors temperamentals. En relació al trastorn de depressió major, el neuroticisme (l'afectivitat negativa) és un factor de risc molt establert per a l'inici del trastorn depressiu major. Les investigacions apunten que nivells alts de neuroticisme converteixen als subjectes a ser més proclius a desenvolupar episodis depressius en resposta als esdeveniments vitals estressants. En la mateixa línia, a majors nivells de neuroticisme, pitjor serà el pronòstic a llarg termini i major la gravetat dels símptomes, amb la possible aparició d'altres trastorns com els trastorns d'ansietat o de conducta (APA, 2014).

Val a dir que amb aquestes 3 categories temperamentals no s'arribava a explicar la totalitat de la mostra, ja que un 35% dels nens no s'ajustaven a cap d'elles. A aquests nens se'ls va anomenar "**nens promig**" i es caracteritzaven per no puntuar alt en cap de les nou dimensions.

Aquests autors varen introduir el concepte interaccionista de "*goodnes or poornes to fit*", terme que fa referència al grau en què el seu tipus temperamental, pot adaptar-se o no un nen a l'ambient. També varen fer servir el terme de *matches* (bona adaptació), i de *mismatches* (mala adaptació) entre la persona i el seu entorn.

Tot i l'intent dels autors per corregir les categories temperamentals, nombroses investigacions han criticat la conceptualització emprada, argumentant que qualsevol factor del temperament pot ser interpretat com a fàcil o difícil en funció del context (Ellis i Rothbart, 2001).

No obstant, la visió categòrica dels autors sobre el temperament a la infància va ser revolucionària al fer èmfasi en la qualitat conductual innata present als nens i la seva influència sobre l'entorn, ja que les teories que existien fins aleshores consideraven al nen com un agent receptor i passiu d'influències externes sota models causals del tipus unilineal o unidireccional.

3.1.2 Teoria de Rothbart i Derryberry (1981)

Segons Rothbart (1981), el temperament es refereix a les diferències individuals d'origen constitucional en les tendències a expressar i experimentar les emocions i l'arousal (*reactivitat*), així com en la capacitat per autoregular l'expressió de tals tendències (*autoregulació*). Tan la reactivitat com

l'autoregulació estan influenciades al llarg del temps per l'herència, la maduració i l'experiència, i constitueixen els elements centrals per organitzar el temperament (Rothbart i Derryberry, 1981).

La **reactivitat** es defineix com la tendència a experimentar i expressar les emocions i l'arousal. Aquí es consideren les característiques de les reaccions de l'individu (tan positives com negatives), davant una varietat d'estímuls, a través dels sistemes somàtic, autonòmic, cognitiu i neuroendocrí. Les fonts de variabilitat entre els individus estan relacionades amb el llindar sensorial de les reaccions, així com amb el llindar màxim d'intensitat, la durada de les reaccions, i temps de recuperació de les reaccions. Això el que significa és que davant de les mateixes situacions, els individus, en virtut de les seves característiques temperamentals, tendiran a respondre de forma diferent. Aquesta reactivitat sembla estar present des del naixement i reflexa una característica relativament estable en el nen.

Per altra banda, tal i com assenyalen Carranza i González (2003), en les reaccions que tenen les persones en un moment donat, no només influeixen les tendències de resposta, sinó també factors de la pròpia situació i de l'estat d'ànim de l'individu. D'entre ells, destaquem els següents:

- Intensitat de l'estímul: els estímuls de baixa intensitat solen provocar reaccions positives i tendència d'aproximació, mentre que els nivells d'alta intensitat s'associen amb reaccions negatives i tendències d'inhibició.
- Novetat de l'estímul: de forma general, els estímuls nous provoquen a les persones una certa cautela o precaució. Per aquesta raó, els nadons agafen ràpidament objectes familiars, però dubten més en tocar aquells que els hi resulten més novedosos.
- Estat intern de l'individu: s'inclouen tan les reaccions de caràcter biològic com psicològic. Així, els estats de necessitat com la gana, set, fatiga, fred, etc., generen reaccions negatives; i la satisfacció de les mateixes generen reaccions positives.
- El valor de la senyal: aquest factor es refereix al significat atribuït als esdeveniments, inclòs tan el significat simbòlic emocional, com el d'anticipació d'esdeveniments rellevants des del punt de vista motivacional.

Tots aquests factors entren en interacció amb les característiques temperamentals dels individus per donar lloc a respostes específiques en un moment donat.

L'altra categoria del model, **l'autoregulació**, es defineix pels processos que modulen (facilitant o inhibint) la reactivitat. Aquests processos inclouen mecanismes tals com l'atenció, aproximació, retirada, atac, inhibició conductual i auto-tranquil·lització. Així, mentre que les emocions positives solen provocar tendències d'aproximació, les emocions negatives provoquen respostes d'evitació o retirada.

Un altre aspecte important, és la interpretació que els subjectes realitzen de les situacions. En els processos d'autoregulació influeixen a més de les tendències temperamentals, factors de la situació en la que es trobi el nen, el seu estat psicològic o la seva edat, entre altres factors. En aquest sentit, s'observa que els nens en el moment del naixement són altament reactius, en canvi, a mesura que es

van fent grans, les reaccions originals van essent mediatitzades pels mecanismes d'autoregulació, que per la maduració cerebral i el desenvolupament cognitiu, són cada vegada més complexes (Rothbart i Ahadi, 1994).

Rothbart (1981) veu al nen com un organisme altament reactiu on el seu comportament va esdevenint al llarg del tot el seu desenvolupament cada vegada més controlat pels processos regulatoris. Aquests processos regulatoris són els que poden arribar a determinar el grau d'èxit del nen en el domini de les fites del desenvolupament.

Seguint amb la mateixa línia, els autors proposen que malgrat el temperament és relativament estable, la seva expressió pot canviar com a resultat del propi estat de maduració i les influències socioambientals, inclosos esdeveniments vitals.

3.2 ESTRUCTURA DEL TEMPERAMENT

Gran part de la investigació empírica sobre el temperament s'ha dirigit a clarificar l'estructura del temperament, és a dir, a indicar com s'organitzen els elements del temperament.

Rothbart (1981) i el seu equip han abordat l'estudi del temperament al llarg del desenvolupament dels nens des d'un enfoc teòric amb el qual han elaborat instruments específics per a cada etapa del desenvolupament. De l'anàlisi factorial de les dimensions que integren cadascun dels qüestionaris, Rothbart (1981) ha trobat tres factors que apareixen de manera repetitiva. Durant el període de la infància, (Infant Behavior Questionnaire IBQ-R, Garstein i Rothbart, 2003), ha obtingut tres factors globals de temperament:

1. El factor "**surgència/extraversió**", que incorpora la tendència dels nens cap a una aproximació positiva caracteritzada per activitats potencialment agradables, reactivitat vocal, expressió d'emocions positives, plaer amb activitats d'alta intensitat i elevat nivell d'activitat.
2. El factor "**emocionalitat negativa**", que engloba una tendència cap a la tristesa, irritabilitat i frustració i por, així com la capacitat de romandre quiet malgrat un alt arousal.
3. El factor "**orientació/regulació atencional**", relacionat amb les capacitats autoregulatòries que manifesten els nens durant la infància i que es caracteritza per capacitat de tranquil·lització i plaer davant estimulació de baixa intensitat.

Una estructura molt similar va obtenir amb el qüestionari de temperament per a nens de 3 a 7 anys, el CBQ (Children's Behavior Questionnaire, Rothbart, Ahadi, Hershey i Fisher, 2001), on hi havia:

1. El factor "**surgència/extraversió**", definit principalment amb escales d'impulsivitat, plaer d'alta intensitat, nivell d'activitat i en sentit negatiu, la timidesa.
2. El factor "**emocionalitat negativa**", definit per les escales de tristesa, malestar, por, ira/frustració i en sentit negatiu, autotranquil·lització.

3. El factor "**control voluntari**", caracteritzat per escales de control atencional com el control inhibitori i focalització atencional, i el plaer de baixa intensitat i la sensibilitat perceptiva.

Rothbart (1981), com a resultat dels estudis realitzats amb els seus qüestionaris, ha trobat que el factor "*control voluntari*" es defineix en termes d'escales que mesuren la focalització atencional, el control inhibitori i el control de l'activació.

A la Taula 9, es mostren les escales relacionades amb el control voluntari a cada un dels qüestionaris.

Taula 9.

Resum de les escales que integren el factor control voluntari als diferents qüestionaris de temperament de Rothbart (Muris i Ollendick, 2005, pàgina 279).

Qüestionari	Escala	Definició de l'escala	Exemple d'ítem
<i>Infant Behavior Questionnaire (IBQ)</i> (3-12 mesos)	Durada de la orientació	L'atenció del nadó a un objecte durant un període ampli de temps	<i>Amb quina freqüència el nadó mira durant 5 minuts o mira més un mòbil, una pilota o un dibuix?</i>
<i>Early Childhood Behavior Questionnaire (ECBQ)</i> (18-36 mesos)	Focalització atencional	Durada sostinguda de l'atenció sobre un objecte, resistint a la distracció	<i>Quan mira un àlbum de fotos, amb quina freqüència manifesta interès durant més de 10 minuts?</i>
	Canvi de l'atenció	Capacitat per a canviar l'atenció d'una activitat a una altra	<i>Durant les activitats diàries, amb quina freqüència el seu fill li presta atenció quan el crides?</i>
	Control inhibitori	La capacitat per parar, moderar o abstenir-se d'una conducta sota instrucció	<i>Quan li demanes que esperi per alguna cosa que vol (ex. un gelat), amb quina freqüència el seu fill espera amb paciència?</i>
<i>Children's Behavior Questionnaire (CBQ)</i> (3-7 anys)	Focalització atencional	Tendència a mantenir el focus atencional sobre les tasques	<i>Quan dibuixa o pinta un llibre, mostra una gran concentració</i>
	Control inhibitori	La capacitat per a plantejar i suprimir respostes inapropiades sota instruccions o en situacions noves o ambigües	<i>Pot parar amb facilitat una acció quan se li diu "No"</i>
<i>Temperament in Middle Childhood Questionnaire (TMCQ)</i> (7-10 anys)	Focalització atencional	Tendència a mantenir el focus atencional dirigit sobre una tasca	<i>El professor em diu que presto molta atenció</i>
	Control inhibitori	Capacitat per a planificar i suprimir respostes d'aproximació sota instruccions o en situacions noves o que produeixen incertesa	<i>Sóc capaç de deixar de fer coses ràpidament</i>
<i>Early Adolescent Temperament Questionnaire (EATQ)</i> (10-16 anys)	Control atencional	La capacitat per focalitzar l'atenció així com de canviar-la quan es vulgui	<i>És bo guardant diferents coses que en un moment inapropiat</i>
	Control de l'activació	La capacitat per a executar una acció quan hi ha una forta tendència per evitar-la	<i>Freqüentment finalitza les seves tasques abans de temps</i>
	Control inhibitori	La capacitat per planificar i per a suprimir respostes inapropiades	<i>És capaç de para de parar de riure en moments inapropiats</i>

En aquest sentit, i seguint amb els estudis de Rothbart (1981) sobre l'estructura del temperament, es sosté la hipòtesi que a partir dels 10 anys d'edat i durant l'edat adulta, a banda dels tres factors recurrents fins el moment (“*extraversió*”, “*emocionalitat negativa*” i “*control voluntari*”), apareix un quart factor, el factor de “*sociabilitat*”, que implica conductes afiliatives, el desig d'estar a prop emocionalment d'altres persones i que és independent de la timidesa o de l'extraversió (Capaldi i Rothbart, 1992; Putman, Ellis i Rothbart, 2001). Aquest quart factor estaria format per les escales d'afiliació, plaer de baixa intensitat i sensibilitat perceptiva, i alhora està relacionat amb el sistema de reforçament social que afavoreix la socialització (Rothbart i Bates, 2006).

Val a dir que el model del temperament proposat per Rothbart i Derryberry (1981), és un dels pocs models que ofereix una eina de mesura que està específicament dissenyada per a ser utilitzada en l'etapa adolescent, motiu suficient pel qual s'ha emprat en aquesta investigació. Parlem del qüestionari “*The Early Adolescent Temperament Questionnaire (EATQ-R, 2001)*”, que està format per les dimensions temperamentals següents:

- **Control de l'activació:** capacitat per a desenvolupar una acció quan hi ha una tendència forta per a evitar-la.
- **Afiliació:** fa referència al desig de la calidesa i proximitat amb els altres, independentment de la timidesa.
- **Nivell d'activitat:** participació en activitats que requereixen un alt nivell d'activitat física.
- **Atenció:** capacitat per a focalitzar l'atenció i canviar-la quan es desitgi.
- **Por:** afecte negatiu o desplaent relacionat amb l'anticipació del perill.
- **Frustració:** afecte negatiu relacionat amb la interrupció de les tasques inicials o en curs, o bloqueig dels objectius.
- **Plaer d'alta intensitat/surgència:** plaer derivat d'activitats que impliquen estímuls d'alta intensitat o novetat.
- **Control inhibitori:** capacitat per a planificar i suprimir respostes inapropiades.
- **Sensibilitat plaentera:** quantitat de plaer relacionat amb activitats o estímuls que impliquen baixa intensitat, ritme, complexitat, novetat i incongruència.
- **Sensibilitat perceptiva:** detecció o consistència perceptiva d'estímuls de baixa intensitat provinents de l'entorn.
- **Timidesa:** inhibició conductual davant la novetat i el desafiament, especialment social.

D'acord amb Putman, Ellis i Rothbart (2001), l'anàlisi factorial del *EATQ-R* proporciona tres grans factors temperamentals de segon ordre que estan vinculats amb les dimensions proposades des del Model dels Cinc Grans Factors “*Model Big Five*” de la personalitat (neuroticisme, extraversió, obertura a l'experiència, amabilitat i responsabilitat), (Ellis i Rothbart, 2001):

1. **Afecte positiu / Extraversió:** formada per la sensibilitat plaentera, el plaer d'alta intensitat, nivell de l'activitat i afiliació. Reflexa el grau en què una persona és receptiva a la recompensa,

és sociable, mostra sensació de cerca, i participa activament del seu entorn (Rothbart i Bates, 2006). Descriu diferències individuals d'aproximació i està relacionada amb el factor de personalitat d'extraversió, factor que reflexa la sociabilitat i la cerca d'estimulació.

2. **Afecte negatiu:** composta per la timidesa, frustració i por. Engloba les diferències individuals d'evitació i està relacionada amb el factor de personalitat de neuroticisme, incloent la ira, la culpabilitat, el temor, el nerviosisme i la inestabilitat emocional.

Aquestes dues dimensions temperamentals representen característiques dels individus relacionades amb la reactivitat emocional i amb els impulsos derivats d'ella.

3. **Control Voluntari:** formada per l'atenció, el control de l'activació, control inhibitori i sensibilitat perceptiva. Descriu les diferències individuals en habilitats d'autoregulació i reflexa l'esforç dels individus per a controlar la reactivitat d'acord amb les instruccions, les metes i les normes socials (Rothbart i Bates, 2006). Diferents estudis han avaluat el control voluntari en nens, i han trobat que un alt nivell de control voluntari es relaciona amb nivells baixos de reactivitat emocional tan negativa (afecte negatiu) i com positiva (afecte positiu/extraversió), (Rothbart, Ahadi i Hershey, 1994). En aquesta línia, alguns estudis suggereixen que nens i adolescents amb un alt control voluntari manifesten major capacitat per a canviar el focus d'atenció (Eisenberg, Fabes, Nyman, Bernzweig i Pinuelas, 1994). De manera global, aquestes dades indiquen que el control voluntari és un factor important per a l'ajustament i la competència social.

Aquests tres factors constitueixen l'estructura general del temperament a la infància i a l'adolescència (Rothbart, Ahadi, Hershey i Fisher, 2001).

3.3 TEMPERAMENT I DIFERÈNCIES DE GÈNERE

Hi ha pocs estudis que mostrin resultats concloents i significatius en relació a les diferències de gènere i temperament a la infància i a l'adolescència.

Trobem l'estudi de Maccoby i Jacklin (1974), on varen trobar que els nois adolescents eren més inestables emocionalment que les noies, i que en aquestes les respostes emocionals negatives disminuïen més ràpidament amb l'edat. En relació al nivell d'activitat, els autors varen trobar que els nois tendien més a ser més actius que les noies.

En la mateixa línia, trobem els estudis de Twenge i Nolen-Hoeksema (2002), que suggereixen que a l'adolescència els nois poden mostrar més afecte positiu i/o menys afecte negatiu que les noies.

Al meta-anàlisi de Else-Quest, Hyde, Goldsmith i Van Hulle (2006), es varen trobar diferències de gènere en el temperament, a excepció del factor de control voluntari, que si va presentar un efecte més notable a favor de les noies. El factor plaer d'alta intensitat o surgència va mostrar diferències més petites a

favor dels nois, la qual cosa indicava que els nois són una mica més actius, menys tímids i obtenen més plaer que les noies per estímuls d'alta intensitat.

Altres autors suggereixen que la magnitud de les diferències de gènere també depèn de la cultura i de l'edat (Ellis, González i Viñas, 2009).

3.4 TEMPERAMENT I DEPRESSIÓ MAJOR

El temperament també s'ha associat al desenvolupament de certes psicopatologies. No obstant, no existeix consens sobre quines característiques temperamentals s'associen a la depressió en l'etapa adolescent.

El "**Model tripartit de la depressió i de l'ansietat**" de Clark i Watson (1991), suggereix que la "depressió pura" es caracteritza per presentar baixa afectivitat positiva i alta afectivitat negativa. En canvi, "l'ansietat pura" es caracteritza per la presència d'elevada hiperactivació fisiològica i alta afectivitat negativa. Per tant, la depressió i l'ansietat "pures" presenten un component comú (l'afecte negatiu), i també uns components específics (baix afecte positiu i alta hiperactivació fisiològica, respectivament).

Per tant, trobem:

- *Afecte negatiu*: distress o disfòria, malestar (no específic de l'ansietat o depressió)
- *Hiper-reactivació fisiològica*: específic de l'ansietat
- *Disminució de l'afecte positiu o anhedònia*: específic de la depressió

Seguint amb el model de Clark i Watson (1991), el que diferencia i caracteritza a les persones depressives de les persones amb ansietat és precisament el baix afecte positiu. L'afecte negatiu (element comú a la depressió i a l'ansietat), tendeix a ser quelcom més característic de l'ansietat, així com la indefensió tendeix a ser-ho més de la depressió. El diagnòstic d'ansietat vindria donat per una predominança dels factors d'hiper-reactivitat fisiològica i incertesa o preocupació, mentre que el diagnòstic de depressió vindria determinat pels factors de baix afecte positiu i desesperança.

Aquest model ha tingut un bon impacte en la investigació amb nens i adolescents (Lonigan, Vasey, Phillips i Hazen, 2004; Anderson i Hope, 2008). Algunes investigacions apunten que la combinació d'alt afecte negatiu i baix afecte positiu està directament relacionada amb la disfòria i l'anhedònia, símptomes de la depressió. Aquesta combinació de patrons temperamentals ha resultat ser més prevalent en les noies adolescents (Else-Quest et al., 2006).

Per altra banda, alguns autors suggereixen que el control voluntari també influeix de manera significativa en la predicció de la depressió. Es postula que el control voluntari és capaç de modular l'expressió de l'afecte negatiu, augmentant la persistència en situacions difícils o mitjançant la millora d'habilitats d'afrontament, de selecció i d'implementació (Rothbart, Ahadi i Hershey, 1995).

Anys més tard, Rothbart et al. (2001), van identificar algunes dimensions temperamentals com les precursors d'algunes patologies en l'etapa infantil. D'aquesta manera, una baixa autoregulació i una alta emocionalitat negativa es veien associades amb la hiperactivitat i els problemes atencional. Les tendències agressives s'associaven també amb una baixa autoregulació i una alta extraversió, i la depressió es relacionava amb una alta tristesa, por, malestar i baixes puntuacions en plaer d'alta intensitat (Rothbart et al., 2001).

Altres estudis han trobat que nivells alts d'afecte negatiu i nivells baixos de control voluntari prediuen tan l'ansietat com la depressió (Anderson i Hope, 2008).

En la mateixa línia, hi ha els estudis de Compas, Coonor-Smith i Jaser (2004) on van trobar que el comportament de fugida que, tot i estar vinculat més amb l'ansietat, també se'l relaciona amb la depressió pels patrons d'aïllament social; i els estudis de Colder, Mott i Berman (2002) que afirmen que el baix nivell d'activitat és una altra característica temperamental freqüentment relacionada amb la depressió.

Alguns autors han trobat correlació entre el factor extraversió i problemes d'alcoholisme en adolescents (Wennberg i Bohman, 2002). Recentment, s'ha demostrat que els nens amb desinhibició conductual tenen taxes altes de prevalença de problemes de conducta externalitzadores, de trastorns afectius i de trastorn per dèficit d'atenció. Aquests resultats suggereixen que la desinhibició pot esdevenir un precursor temperamental per al desenvolupament d'alguns problemes de conducta, especialment el trastorn per dèficit d'atenció (Hirshfeld-Becker i Biederman, 2002).

A l'estudi de Carrasco i Del Barrio (2007), els resultats indiquen que el temperament i la personalitat presenten relacions significatives amb la simptomatologia depressiva infantil i adolescent. Els subjectes amb temperament difícil mostraven més simptomatologia depressiva, igual que aquells nens amb alts nivells d'instabilitat emocional o nivells baixos d'extraversió, obertura, agradabilitat o consciència.

3.4.1 Models de relació entre temperament i depressió

Existeixen diverses hipòtesis sobre els models de relació entre temperament i psicopatologia, totes elles dirigides a models de causalitat: model de vulnerabilitat personal, model de transformació o patoplàstia, model de cicatriu i model de la continuïtat de l'espectre (Clark, Watson i Mineka, 1994).

La discussió dels estudis empírics pren forma sobretot quan es parla de personalitat: estructures de capacitat i/o predisposició, o simplement estils o patrons comportamentals. En relació a les primeres, destaca el factor de neuroticisme/estabilitat emocional, present en diferents sistemes descriptius de les diferències individuals (des d'Eysenck fins al "model dels Big Five"). En un altre ordre, té interès explorar les relacions entre els estils de personalitat en sistemes com el de Millon (1990) que de manera metòdica posen en correspondència personalitat i trastorns.

Tal i com hem dit, el temperament i la depressió poden estar relacionats de diverses maneres. Clark, Watson i Mineka (1994) presenten diversos models explicatius de la relació existent entre la psicopatologia i el temperament:

- **Model de Vulnerabilitat Personal:** quan el propi temperament predisposa a experimentar psicopatologia, i concretament, depressió.
- **Model de Transformació o Patoplàstia:** la personalitat manté la psicopatologia quan aquesta es desenvolupa, és a dir, el temperament forma el curs d'un trastorn, probablement influenciats per ambients o interaccions amb els demés o per la determinació dels símptomes específics presents.
- **Model de Cicatriu:** la psicopatologia i l'estrès provoquen canvis significatius a la personalitat. Fa referència quan l'individu pateix canvis de personalitat per la pròpia experiència d'un episodi depressiu.
- **Model de la Continuïtat de l'Espectre:** tan la personalitat com la psicopatologia són producte dels mateixos processos subjacents, com pot ser un determinat temperament. La depressió representaria l'extrem final d'un tret.

Que el temperament juga un paper important en l'etiologia i el manteniment dels trastorns psicològics dels nens i nenes, ja és reconegut per part dels psicòlegs clínics i psicòlegs del desenvolupament.

Existeix una teoria creixent que apunta que el temperament no només reactiva els trastorns psicològics sinó que també factors regulatoris del temperament hi estan involucrats (Frick, 2004). Més específicament, la vulnerabilitat a la psicopatologia infantil s'associa en gran part amb un temperament que es caracteritza per alts nivells d'emocionalitat/neuroticisme i baixos nivells de control voluntari (Calkins i Fox, 2002; Lonigan i Phillips, 2001).

A continuació es mostren dos possibles models proposats Muris i Ollendick (2005) que representen el paper dels factors de temperament reactius i regulatius en l'etiologia de la psicopatologia infantil.

En el primer model, el control voluntari actua com a moderador en la relació entre emocionalitat/neuroticisme i psicopatologia. Aquest model suposa que l'impacte negatiu de l'emocionalitat/neuroticisme pot millorar quan el nen presenta nivells baixos de control voluntari.

El segon model, assumeix que l'emocionalitat, neuroticisme i control voluntari tenen un paper important, i per tant tenen efectes additius en el desenvolupament de la psicopatologia.

Tot i que el primer model més "interactiu" és intuïtivament més plausible, en l'actualitat existeix més evidència en relació al segon model "additiu".

Seguint a Shiner, Roberts i Caspi (2005), el paper del temperament en la psicopatologia infantil no només s'ha de veure en termes de vulnerabilitat, sinó que el temperament també pot jugar un paper clau, el que significaria que les característiques de personalitat afecten a la presentació de la

psicopatologia. Aquest punt és important per entendre la comorbiditat entre diferents trastorns, i també pot ser útil per a la identificació de subtipus de trastorns de la infància.

Determinades característiques del temperament, concretament una alta emocionalitat negativa i una baixa autoregulació, s'han associat a una pitjor competència social en nens i nenes de diferents edats (Eisenberg, Fabes, Guthrie i Reiser, 2000; Rothbart i Jones, 1999).

Tot i així, això no significa que un nen amb una alta emocionalitat negativa desenvolupi necessàriament una inadaptació social. Ni el temperament ni els estils educatius dels pares es consideren la causa d'un determinat patró de comportament en els fills, sinó més aviat es considera un factor de risc (o de protecció) de determinades conseqüències evolutives.

CAPÍTOL IV

EL BENESTAR PSICOLÒGIC

4.1 REVISIÓ HISTÒRICA DEL CONCEPTE

El benestar psicològic entès com la vessant psicològica que forma part d'un concepte més ampli de la qualitat de vida, ha estat cada vegada més el centre d'estudi de moltes investigacions.

Els primers estudis sobre la qualitat de vida es remunten a finals dels anys 60 i començaments dels 70. Al 1984, Diener va establir tres principis que havien de guiar l'estudi del benestar psicològic en el futur:

1. La consideració que el benestar psicològic es basa en la pròpia experiència del subjecte, i en les seves percepcions i avaluacions sobre aquesta experiència.
2. La inclusió en el seu estudi de mesures positives i no només l'absència d'aspectes negatius.
3. La incorporació d'algun tipus d'avaluació global sobre tota la vida de la persona, generalment anomenada satisfacció vital.

4.1.1 Definició de Benestar Psicològic

Actualment, es considera que el **benestar psicològic** està format per tres elements, que reflecteixen la combinació d'un procés cognitiu (la satisfacció/insatisfacció) i de dos processos afectius (afecte positiu/afecte negatiu) (Cummins i Cahill, 2000).

Aquests elements són:

1. Judicis de satisfacció amb la vida
2. Presència d'afecte positiu
3. Absència d'afecte negatiu

Tot i que aquests tres elements són, en principi, independents (Bradburn, 1969, Huebner, 2004 i Lucas, Diener i Suh, 1996), es mostren amb freqüència interrelacionats, cosa que suggereix l'existència d'un constructe de benestar psicològic d'ordre superior (Kozma, Stone i Stones, 1997) que encara no es coneix massa bé (Diener i Biswas-Diener, 2000).

4.2 PRINCIPALS MODELS TEÒRICS

Existeixen grans teories explicatives sobre el benestar psicològic. Segons Diener (1984), les principals teories es poden agrupar de la següent manera:

Teories Finalistes:

Sostenen que el benestar s'aconsegueix quan s'assoleix algun estat, com pot ser algun objectiu o necessitat (Diener, 1994). Dins d'aquest grup trobaríem les *Teories de la necessitat* i les *Teories de l'objectiu*.

Teories Associacionistes:

Consideren que el benestar es dona a partir de la predisposició prèvia de la persona a experimentar-lo i es produeix mitjançant processos mnèsics, de condicionament o les cognicions personals.

Teories del Bottom-up i Top-down:

Les teories *bottom-up* (teories de dalt a baix) sostenen que el benestar és la suma de molts plaers petits. En termes de satisfacció, això significa que la satisfacció amb àmbits específics de la vida, condueix a la satisfacció amb la vida globalment. En canvi, les teories *top-down* (teories de baix a dalt) assumeixen que existeix una propensió global a experimentar els esdeveniments de forma positiva (Casas, 1996).

Teoria de les Discrepàncies Múltiples:

Parteix de la base que una bona teoria científica sobre el benestar psicològic ha de ser capaç de donar resposta a la pregunta sobre què és el que fa a les persones sentir-se felices o satisfetes i, per tant, és aplicable tant a la satisfacció amb la vida globalment com a la satisfacció amb diferents àmbits de la vida.

A banda d'aquesta classificació, existeix el **Model Homeostàtic del Benestar Psicològic** de Cummins (2000). Aquest model (veure Figura 5) sosté que el processament psicològic que es situa a l'origen del benestar psicològic, és un sistema altament integrat que comprèn unes capacitats genètiques primàries i un sistema protector secundari. El sistema primari, proporciona un rang determinat de percepció de benestar i inclou dues característiques de la personalitat, l'extraversió i el neuroticisme. En suport a aquest sistema, existeixen una sèrie d'aspectes cognitius, que tot i tenir base genètica, són més flexibles que les anteriors: es tracta de la percepció de control, l'autoestima i l'optimisme vital. La influència exercida per l'ambient exterior al subjecte actua afectant als determinants de segon ordre. Si aquesta influència és suficientment aversiva, pot portar a reduir l'efecte protector dels determinants anteriors i, per tant, el benestar psicològic es situarà en un nivell inferior a la mitjana de la població.

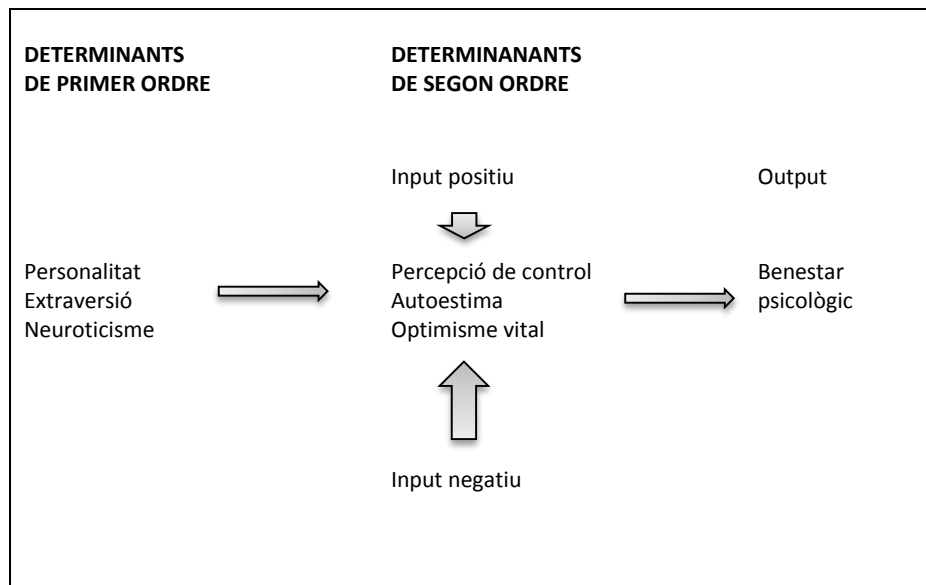


Figura 5. Model homeostàtic del benestar psicològic (Cummins, 2000).

4.2.1 La tradició hedònica versus eudemònica

Ja dins del context de la Psicologia Positiva, i amb varis estudiosos interessats en el tema, l'estudi del benestar va anar agafant forma, i es començaven a distingir dues tradicions molt diferenciades: la tradició hedònica i la tradició eudemònica.

En primer lloc, la **tradició hedònica** té dues fonamentacions: els antecedents de la perspectiva de la felicitat, els afectes positius i negatius de Bradburn (1969), i la perspectiva de la satisfacció de Cantril (1965).

Es tracta doncs d'una tradició centrada en l'estudi del benestar subjectiu a nivell individual i poblacional (Casas, 2010). A més de benestar subjectiu o Subjective Well-Being (SWB), aquesta aproximació ha rebut diferents noms, com per exemple "*benestar personal*" (Cummins, 2000). La definició del SWB fa referència a la presència d'afecte positiu, absència d'afecte negatiu i el grau de satisfacció amb la pròpia vida (Ryan i Deci, 2000), i moltes vegades simplement se l'anomena *felicitat*.

Un dels principals autors que s'ha centrat en la exploració del benestar des d'aquesta tradició és Diener (1984). A partir de la revisió que va realitzar l'any 1984 sobre la naturalesa del benestar i sobre les dimensions que el componen, es van establir 3 principis que havien de guiar l'estudi del benestar subjectiu en el futur. Són els següents:

1. La consideració que el benestar subjectiu es basa en la pròpia experiència del subjecte i en les seves percepcions i avaluacions sobre aquesta experiència.
2. La inclusió en el seu estudi de mesures positives i no només l'absència d'aspectes negatius.
3. La incorporació d'algun tipus d'avaluació global sobre la vida de la persona, generalment anomenada satisfacció vital.

És a dir, hi ha una combinació entre processos cognitius i afectius (Cummins i Cahill, 2000), que en principi són independents però sovint estan interrelacionats i això forma la percepció individual del benestar (Andrews i Withey, 1976; Campbell, Converse i Rodgers, 1976; Diener, 1994; Veenhoven, 1994).

A la literatura científica es troben sovint dues maneres diferents de mesurar el benestar subjectiu: avaluant globalment la satisfacció amb la vida o bé avaluant la satisfacció amb els àmbits específics de la vida que són més rellevants. La satisfacció amb la vida globalment o satisfacció vital té en compte que l'avaluació es fa sobre la vida com un tot, no en un moment determinat (Veenhoven, 1994). En canvi, la satisfacció amb àmbits de la vida fa referència a aspectes específics de la vida, com podrien ser la família, els amics, l'escola, la salut, la feina, el temps lliure, etc. (Casas, 1996; Diener, 2006).

Tot i el desacord entre el nombre concret d'àmbits i les característiques d'aquests, existeix un cert acord en considerar que la satisfacció global amb la vida és més que la suma de les satisfaccions amb els àmbits de la vida (Veenhoven, 1994), i és aquesta la raó per la qual les escales per àmbits sempre s'acostumen a complementar amb una escala d'ítem únic sobre la satisfacció global.

En segon lloc, la **tradició eudemònica** deriva de la filosofia d'Aristòtil i hel·lenística sobre la felicitat (Ryan i Deci, 2000) i es troba situada en els plantejaments de la psicologia humanista i les formulacions sobre el cicle vital (Casas, 2010).

Des d'aquesta tradició s'utilitza el terme benestar psicològic o Psychological Well-being (PWB) i es refereix a viure amb concordança amb el veritable jo, la realització del veritable jo o true self (Waterman, 1993), és un concepte que engloba una forma de vida, no un estat psicològic o un resultat final (Ryan, Huta i Deci, 2008).

Aquesta tradició, a diferència de l'altra, assenyala que la felicitat no pot ser sinònim de benestar psicològic, i alhora no tots els desitjos ni tots els resultats que es volen aconseguir aporten felicitat a la persona quan s'han assolit (Ryan i Deci, 2000). És a dir, que el benestar és un constructe molt més ampli que la simple estabilitat d'afectes positius al llarg del temps (Schmutte i Ryff, 1997).

Al llarg dels anys s'han anat presentant altres models i teories explicatives sobre el benestar eudemònic amb diferents dimensions però prenent l'autonomia com a concepte clau:

- *Teoria de l'Autodeterminació (TAD) o Self Determination Theory (SDT)* de Deci i Ryan (1985): proposa tres necessitats psicològiques bàsiques que, per a facilitar el funcionament òptim de les propensions naturals de les persones cap al creixement personal i la integració, així com un desenvolupament social i constructiu i benestar psicològic (Ryan i Deci, 2000), han d'estar cobertes. Aquestes necessitats són:
 - a. La necessitat d'autonomia, referida a un sentit d'elecció i voluntat en la regulació del comportament;

- b. La necessitat de ser competent: es refereix al senti d'eficàcia que un té respecte a l'entorn o medi intern com extern, i;
 - c. La necessitat de relacionar-se, que es refereix al sentiment de connexió amb els demés i de tenir-se cura (Ryan et al., 2008).
- *Model Multidimensional del PWB* de Ryff (1989): va proposar inicialment 6 dimensions psicològiques o característiques per tal d'estudiar el benestar psicològic que defineixen el PWB tan de forma teòrica com operativa (Ryan i Deci, 2000):
- a. Autoacceptació: es refereix a esforçar-se per percebre i ser conscients de les nostres pròpies accions, motivacions i sentiments.
 - b. Relacions positives amb els demés: totes les perspectives adscrites a la tradició eudomònica descriuen les relacions interpersonals com una característica central del benestar psicològic. Des d'aquesta aproximació, les relacions profundes i positives amb els demés es basen en l'amor, l'empatia i l'estimació i consideren que constitueixen un element essencial per a la prosperitat humana (Ryff i Singer, 2008; Ryan i Deci, 2000).
 - c. Domini del medi: es posa l'èmfasi en crear contextos que s'adaptin a les necessitats i capacitats personals.
 - d. Autonomia: s'entén l'autonomia com a autodeterminació, independència i autoregulació del comportament (Ryff i Singer, 2008).
 - e. Propòsits en la vida: la seva fonamentació es troba en donar significat i direcció a la vida, així com cercar el seu sentit davant l'adversitat, per tal de viure-la de forma autèntica.
 - f. Creixement personal: aquest concepte es troba molt relacionat amb l'autorealització personal. Aquesta part del funcionament positiu és dinàmic, tot existint un procés continu en el desenvolupament del potencial personal (Ryff i Singer, 2008).

Schutte i Ryff (1997) van examinar la relació entre diferents trets de personalitat, concretament els inclosos dins del model dels cinc grans factors de personalitat (*the big five*), que són l'extraversió, la consciència, el neuroticisme, l'obertura a l'experiència i amabilitat. Concretament, van trobar que l'extraversió, la consciència i un baix neuroticisme estaven relacionats amb la dimensió eudemònica de l'autoacceptació, el domini del medi i els propòsits de la vida; l'obertura a noves experiències estava relacionat amb el creixement personal; l'amabilitat i l'extraversió estaven relacionats amb relacions positives i un baix neuroticisme es relacionava amb l'autonomia.

- *Teoria de la identitat eudemònica de Waterman (1990)*: és un exemple que suggereix que el benestar eudemònic s'obté quan les activitats que es realitzen són congruents amb els valors i els compromisos de la persona. Seligman (2011), en contrast amb la perspectiva de Ryff (1989), proposa que les dimensions eudemòniques del benestar inclouen, també dimensions hedòniques, és a dir, uns aspectes eudemònics com l'engagement, les relacions interpersonals, els objectius i

els significats, a elements com les emocions positives on la felicitat i la satisfacció amb la vida (hedòniques) tenen un paper rellevant.

Una de les limitacions importants de la literatura psicològica en perspectiva eudemònica, segons diversos autors (Ryan et al., 2008; Ryff, 1989), és que sovint ens referim a com haurien de funcionar les persones, enlloc d'oferir dades empíriques que indiquin que funcionar de manera eudemònica és millor i aporta quelcom amb més qualitat. De fet, als seus orígens la paraula eudemònia es referia a una dimensió sobre la qual els humans no tenien control: la bona sort, quelcom molt aspiracional i incert. Així doncs, autors com McMahon (2006) parlen de l'home com a incapaç de ser feliç per ell sol, sinó que necessita quelcom més, l'eudemònia. És per això que autors com Keyes i Magyar-Moe (2003) consideren que cal tenir en compte la relació entre la persona i l'entorn, a més de variables individuals relacionades amb efectes positius i negatius i la satisfacció amb la vida.

4.3 EL BENESTAR PSICOLÒGIC EN L'ADOLESCÈNCIA

El benestar psicològic, com a component de la qualitat de vida, ha estat motiu d'interès en els últims anys com ja s'ha comentat anteriorment, tot i així, el seu estudi en població infantil i adolescent és més limitat.

A la dècada dels 90 es va produir un augment de l'interès vers el desenvolupament d'instruments adequats per recollir aquest tipus d'informació focalitzats especialment en tenir en compte l'edat i el moment evolutiu dels subjectes (Casas, Rosich i Alsinet, 2000).

Tot i així, han estat moltes les investigacions que han centrat els seus estudis sobre benestar psicològic en l'adolescència en relació amb variables familiars, com ara la comunicació i, fins i tot, l'*attachment* i els estils parentals. En general, els resultats obtinguts tendeixen a indicar una associació positiva entre la comunicació familiar i l'autoestima dels adolescents, el seu ús d'estratègies d'afrontament més adequades i una major satisfacció amb la vida globalment (Jackson, Bijstra, Oostra i Bosma, 1998), mentre que una bona relació amb els progenitors resulta també crucial per a un major benestar psicològic dels seus fills/es adolescents (Van Wel, Linssen i Abma, 2000).

A banda d'algunes de les dimensions de personalitat com l'extraversió, el neuroticisme i l'optimisme vital (Offer, 1996), s'ha observat que l'autoestima és un dels predictors de major força i consistència del benestar psicològic tan a la infància com a l'adolescència (Diener, 1994; Diener i Lucas, 2000).

Cummins (2000) i Cummins, Gullone i Lau (2002) anomenen "*determinants de primer ordre*" l'extraversió i el neuroticisme del seu Model Homeostàtic del Benestar Psicològic tal i com hem comentat anteriorment, mentre que la percepció de control, l'autoestima i l'optimisme vital, conformen els "*determinants de segon ordre*".

En definitiva, podem dir que són nombroses les variables que es mostren relacionades amb el benestar psicològic: dimensions de personalitat, autoestima, percepció de control, suport social, valors, etc.

4.3.1 Benestar psicològic i depressió major

Hi ha especial interès en estudiar el benestar psicològic en adolescents pels múltiples canvis i transicions que els nois i noies experimenten durant l'adolescència, que fa que molts d'ells i elles experimentin aquesta etapa com un període estressant en el seu benestar psicològic.

El treball de Muris, Schouten, Meeters i Gijbers (2003) de la Maastricht University d'Holanda, examina la connexió entre la percepció de control i els nivells d'ansietat i depressió en una mostra de 214 adolescents de 10 a 14 anys. L'associació entre uns i altres factors ha estat observada en nombrosos estudis anteriors, i s'ha constatat que els símptomes depressius van lligats a autopercepcions negatives, baixa autoestima, baixa competència autopercebuda, creences negatives sobre un mateix, sobre el món i sobre el futur, percepció de baixa autoeficàcia i un estil atribucional negatiu, entre d'altres coses.

Altres estudis assenyalen les males relacions familiars (Thapar, Collishaw, Pine i Thapar, 2015), la insatisfacció amb el propi cos (Stice i Bearman, 2001) i la insatisfacció amb els resultats acadèmics (Rood, Roelofs, Bögels i Meesters, 2012), especialment a les noies, com a factors de risc per a la depressió major en els adolescents.

Valois et al. (2002; 2004), van explorar les relacions entre la satisfacció vital i la presència de diverses conductes de risc (incloent ideació i comportament suïcida) en una mostra de 4.758 adolescents nord-americans d'instituts públics de Carolina del Sud (amb l'excepció dels centres d'educació especial). Es va observar una probabilitat més elevada que els adolescents més insatisfets amb la vida globalment desenvolupessin des de comportaments de risc a conductes suïcides, com a resultat d'una comunicació pobra amb les persones que els envolten, d'estratègies d'afrontament deficitàries i dificultats en la presa de decisions sobre les seves pròpies vides.

4.3.2 Benestar psicològic i afrontament

Les estratègies d'afrontament poden repercutir sobre el benestar psicològic (Parsons et al., 1996).

El *benestar psicològic* és considerat un constructe que no té un marc teòric clar, que es relaciona amb el grau amb el que una persona jutja la seva vida "com un tot" en termes favorables i satisfactoris (Veenhoven, 1991; Diener, 1994).

S'ha estudiat el benestar psicològic a través de l'ansietat, l'humor depressiu i els problemes amb el son, observant que l'expressió de sentiments negatius estava associat amb un menor benestar per les dones, i en els homes, només l'ansietat es relacionava amb baix benestar (Plancherel i Bolognini, 1995). També s'ha estudiat relacionant-lo positivament amb l'afrontament d'aproximació (Griffith, Dubow i Ippolito, 2000).

L'estudi de González et al. (2002) realitzat amb una mostra espanyola de 417 adolescents d'edats compreses entre els 15 i els 18 anys, posa de manifest la relació entre afrontament i benestar psicològic i com aquesta relació és significativa a nivell intra-gènere. Segons aquest estudi, els estils i les estratègies d'afrontament dirigits a la resolució del problema es relaciona amb un alt nivell de benestar, mentre que l'estil improductiu es relaciona amb un baix benestar, en ambdós sexes. L'afrontament en relació amb els demés manté una relació positiva amb el benestar en els nois, mentre que en les noies es relaciona amb l'estratègia de cerca de recolzament social.

Un estudi similar (Viñas, González, García, Malo i Casas (2015) amb una mostra catalana d'adolescents d'edats entre 12 i 16 anys, va trobar que les estratègies d'afrontament com fixar-se en la part positiva, distracció física, esforçar-se i tenir èxit, estaven associades a un major benestar personal.

Aquests resultats posen de manifest que l'afrontament i el benestar estan relacionats. S'ha observat que els adolescents utilitzen diferents estratègies segons el nivell de benestar. Un alt nivell de benestar psicològic sembla estar relacionat amb l'estil dirigit a la resolució del problema i de relació amb els demés (a excepció de la cerca de pertinença i l'acció social), i amb l'estratègia de preocupar-se de l'estil improductiu.

Entre els adolescents, el benestar psicològic, més que l'edat o el gènere, estableix diferències en els estils i estratègies d'afrontament que utilitzen.

4.3.3 Benestar psicològic i temperament

La majoria d'autors consideren l'existència d'una elevada autoestima com un factor central per l'adequada adaptació emocional (Pope, McHale i Craghead, 1996), havent rebut el concepte d'autoestima una gran atenció com a "baròmetre de l'afrontament i l'adaptació" dels subjectes (Coleman i Hendry, 2003; pàg. 64).

S'ha vist amb investigacions realitzades amb població adulta que les variables de personalitat mostren correlacions més elevades amb la satisfacció vital que les variables demogràfiques, com poden ser el gènere o l'estatus socio-econòmic.

Tot i així, la constatació que les variables de personalitat tenen una major influència en la satisfacció vital en comparació amb les variables demogràfiques, va portar a Myers i Diener (1995) a suggerir que existeixen quatre característiques de personalitat que distingeixen als subjectes amb una satisfacció vital positiva: l'autoestima, la percepció de control, l'optimisme vital i l'extraversió.

Investigacions pioneres de Costa i McCrae a l'any 1980, mostraven que els nens i nenes amb un locus de control intern i una elevada autoestima tendien a estar més satisfets amb la seva vida globalment que els nens i nenes amb una percepció de control extern i una menor autoestima. En la mateixa línia, es va observar que les dimensions de personalitat més conegudes d'Eysenck (1947), el neuroticisme i

l'extraversió, correlacionaven amb la satisfacció vital: de forma positiva entre aquesta última i l'extraversió, i de forma negativa amb el neuroticisme.

En població espanyola, l'estudi realitzat per Viñas, González, Malo, García i Casas (2014), analitza d'una mostra d'adolescents d'entre 12 i 16 anys de zones rurals i semi urbanes el nivell de benestar psicològic (amb l'escala Personal Wellbeing Index, PWI, 1994) i la relació que existeix amb el temperament (mesurat amb el qüestionari Early Adolescent Temperament Questionnaire, EATQ-R, 2001). Els resultats d'aquest estudi indiquen que les dimensions de temperament que millor prediuen un alt nivell de benestar psicològic són el nivell d'activitat, l'afiliació, la timidesa (amb un pes negatiu), el control inhibitori i el control d'activació. El nivell de benestar psicològic correlaciona amb totes les dimensions excepte amb la por, el plaer d'alta intensitat, sensibilitat perceptiva i la frustració.

5. OBJECTIUS I HIPÒTESIS

5.1 OBJECTIUS

L'objectiu principal de la present tesi és conèixer la prevalença del trastorn Depressiu Major a la comarca del Baix Empordà (Girona) en població general adolescent, concretament entre els alumnes de 12 a 16 anys, així com també estudiar la seva relació amb les dimensions temperamentals, estratègies i estils d'afrontament i àmbits de benestar personal.

Per tal de poder aconseguir l'objectiu principal, resulta necessari establir uns objectius més específics:

- 1) Conèixer la prevalença de la depressió major en adolescents de 12 a 16 anys de la Comarca del Baix Empordà i determinar el seu perfil sociodemogràfic.
 - a. Conèixer si hi ha un major diagnòstic de depressió major entre els adolescents nous en comparació als adolescents nascuts a Espanya.
- 2) Analitzar la comorbiditat del trastorn depressiu major amb altres trastorns psicopatològics.
- 3) Conèixer el perfil de les estratègies d'afrontament dels adolescents diagnosticats de depressió major.
- 4) Conèixer el perfil temperamental dels adolescents diagnosticats de depressió major.
- 5) Conèixer el nivell de benestar dels adolescents amb diagnòstic de depressió major en diferents àrees o àmbits de la seva vida així com el seu nivell global de benestar personal.
- 6) Estudiar quines variables són predictores de la depressió major.

5.2 HIPÒTESIS

D'acord amb la literatura revisada i els objectius exposats, es formulen les següents hipòtesis d'estudi:

- 1) La prevalença de depressió major en adolescents del Baix Empordà de 12 a 16 anys serà similar a la observada en altres estudis amb població d'edat similar.
 - a. S'espera una major prevalença de depressió major en noies.
 - b. S'espera una major prevalença de depressió major en adolescents de 14 anys o majors.
 - c. S'espera una major prevalença de depressió major entre els adolescents nous o no nascuts a Espanya.
- 2) S'espera trobar una major comorbiditat de la depressió major amb els trastorns de comportament, trastorns d'ansietat i el trastorn del dèficit d'atenció amb o sense hiperactivitat (TDAH).
- 3) Els adolescents amb depressió major presentaran puntuacions més elevades en estratègies d'afrontament no productives o no adaptatives com ignorar el problema, no afrontament o

auto inculpar-se i més baixes en les productives o adaptatives com concentrar-se en resoldre el problema o esforçar-se i tenir èxit.

- 4) Els adolescents amb depressió major presentaran puntuacions més baixes en les dimensions temperamentals de control voluntari i més altes en afecte negatiu.
- 5) Els adolescents amb depressió major tindran un nivell de benestar personal més baix en tots els àmbits o àrees de la seva vida i a nivell general.
- 6) Els factors temperamentals juntament amb les estratègies d'afrontament permetran predir la depressió major.

6. METODOLOGIA

6.1 PARTICIPANTS

La població objecte d'estudi són els alumnes matriculats en els centres d'E.S.O. de la Comarca del Baix Empordà (Girona) durant el curs acadèmic 2008-2009.

A partir de les dades oficials de la Generalitat de Catalunya (Idescat) relatives al curs 2008-2009, es parteix d'una població teòrica de 4.786 alumnes, on 2.457 són nois i 2.329 noies. Referent a les dades oficials de la Generalitat de Catalunya segons la tipologia dels centres educatius, 3.602 alumnes pertanyen a centres públics i 1.184 alumnes a centres concertats.

Mitjançant la tècnica del mostreig aleatori per conglomerats, en el que el conglomerat és l'aula, s'han seleccionat de manera aleatòria un total de 40 aules, 10 per cada nivell (1r, 2n, 3r i 4t d'E.S.O.). S'ha estratificat per tipus de centre: centres públics (75% de la població) i centres concertats (25% de la població) i nivell.

Donat que les edats dels alumnes seleccionats estan compreses entre els 11 i els 19 anys, i per tal d'obtenir una mostra amb una distribució de l'edat més homogènia, l'estudi s'ha centrat en els alumnes d'entre 12 a 16 anys. Cal tenir en compte que bona part dels alumnes del Baix Empordà d'11 anys encara estan cursant 6^è de Primària i molts alumnes d'edat superior als 16 anys o bé estan cursant formació professional, batxillerat o bé, han iniciat la seva vida laboral.

D'aquesta manera, la mostra es centra exclusivament en aquell grup d'edat en què es disposa de ple accés. Tanmateix, aquest grup d'edat de 12 a 16 anys s'ajusta a les edats dels instruments de mesura emprats.

6.2. INSTRUMENTS APLICATS

6.2.1 Instruments aplicats a la primera fase

6.2.1.1 Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS), (Frydenberg i Lewis, 1996)

La versió utilitzada en aquest estudi ha estat la versió espanyola (Frydenberg i Lewis, 1996); traducció de Pereña i Seisdedos (1997). L'escala està formada per 80 elements, un element obert (utilització d'altres estratègies) i 79 elements tancats que puntuen en una escala Likert de cinc punts en funció de la freqüència amb què es dona la conducta d'afrontament ("No me ocurre nunca o no lo hago" = 1; a "Me ocurre o lo hago con mucha frecuencia" = 5), que permeten conèixer les estratègies d'afrontament dels adolescents (de 12 a 17 anys). L'escala ACS no es pot mostrar en aquesta tesi per motius de copyright dels autors.

Les 18 estratègies d'afrontament que contempla l'escala són les següents:

1. Autoinculpar-se (Cu)
2. Reservar-ho per un mateix (Re)
3. Esforçar-se i tenir èxit (Es)
4. Preocupar-se (Pr)
5. Buscar recolzament espiritual (Ae)
6. Invertir en amics íntims (Ai)
7. Buscar recolzament social (As)
8. Buscar pertinença (Pe)
9. Buscar ajuda professional (Ap)
10. Fer-se il·lusions (Hi)
11. Fixar-se en la part positiva (Po)
12. No afrontament / Falta d'afrontament (Na)
13. Buscar diversions relaxants (Dr)
14. Reducció de la tensió (Rt)
15. Distracció física (Fi)
16. Acció social (So)
17. Concentrar-se en resoldre el problema (Rp)
18. Ignorar el problema (Ip)

Aquests 18 factors estan constituïts per un nombre desigual d'ítems, motiu pel qual les puntuacions directes s'ajusten multiplicant-les per 4, 5 o 7, segons estiguin formades per 3, 4 o 5 ítems.

Existeixen dues formes d'administració de l'escala: *la forma general*, que s'utilitza per explorar com els adolescents afronten en un nivell general, i *la forma específica* que s'administra per avaluar quines estratègies d'afrontament utilitzen els joves enfront a una situació específica d'un problema. En aquest estudi s'ha aplicat la forma general de l'escala.

Pel que fa a les propietats psicomètriques, el coeficient Alpha de Cronbach per a l'escala específica que proporcionen els autors (Frydenberg i Lewis, 1996) és de .75 i la consistència interna (Alpha de Cronbach) dels factors, per a l'escala general, oscil·la entre .54 (buscar diversions relaxants) i .85 (buscar ajut espiritual).

6.2.1.2 Youth's Inventory-4, Spanish Version (YI-4), (Gadow i Sprafkin, 1999)

Es tracta d'un qüestionari de tipus autoinformat basat en els criteris del DSM-IV (APA, 1994), que permet identificar trastorns emocionals i de conducta en adolescents de 12 a 18 anys. L'inventari YI-4 no es pot mostrar en aquesta tesi per motius de copyright dels autors.

Consta de 120 ítems a través dels quals s'avaluen 18 trastorns, agrupats en 13 dimensions psicopatològiques.

Trastorns emocionals i de conducta segons l'YI-4

1. Trastorn per Dèficit d'Atenció amb Hiperactivitat
2. Trastorn Negativista Desafiant
3. Trastorn Disocial
4. Trastorn d'Ansietat Generalitzada
5. Fòbia Social
6. Fòbia Específica
7. Trastorn d'Ansietat per Separació
8. Trastorn Obsessiu Compulsiu
9. Atacs de Pànic
10. Abús i Consum de Drogues
11. Depressió Major
12. Distímia
13. Esquizofrènia
14. Trastorn Generalitzat del Desenvolupament
15. Tics Motors
16. Tics Vocals
17. Trastorn de Personalitat Esquizoide
18. Trastorn de Somatització
19. Anorèxia Nerviosa
20. Bulímia

Hi ha dos tipus diferents de puntuació, la *criterial o de punt de tall* (que valora la presència o absència de símptomes clínicament rellevants) i la *dimensional* (quantifica la severitat dels símptomes). En el mètode de puntuació dimensional, cada símptoma és valorat en una escala Likert de 0 a 3 punts (mai= 0; a vegades= 1; sovint= 2 i molt sovint= 3 punts). En canvi, en el mètode de puntuació criterial, els símptomes valorats amb una freqüència de mai o a vegades puntuen amb un 0 i els valorats amb una freqüència de sovint o molt sovint amb 1 punt. Tot seguit, s'apliquen uns criteris, que coincideixen amb els criteris diagnòstics del DSM-IV (APA, 1994), i s'assigna el subjecte o no al grup de risc de patir el trastorn valorat. Per últim, cal dir que l'inventari YI-4, a diferència d'altres instruments, permet valorar per separat les característiques essencials de la depressió seguint els criteris diagnòstics del DSM-IV (APA, 1994). Així, per ser assignat a la categoria de risc per a Depressió Major, el subjecte ha de tenir una puntuació igual o superior a 1 (mètode de valoració criterial) en la suma dels ítems 50 (mal humor), 84 (disfòria) o 85 (anhedonia) i una puntuació igual o superior a 5 en la suma d'aquests tres ítems més els ítems 52 (dificultat per conciliar el son o mantenir-lo), 86 (ideació mòrbida o suïcida), 87 (baixa autoestima), 88 (fatiga o pèrdua d'energia), 91 (menjar molt), 92 (dormir molt), 103 (dificultat per concentrar-se) i 108 (saltar-se els menjars i menjar poc).

Els autors informen de bones propietats psicomètriques, tan pel que fa a la validesa discriminant, com a la fiabilitat en la correspondència amb els diagnòstics clínics (Gadow i Sprafkin, 1999). La sensibilitat i especificitat per a la categoria de depressió major és de .74 i .89, respectivament.

En aquest estudi, s'ha utilitzat la versió espanyola traduïda i adaptada pels mateixos autors.

6.2.1.3 Early Adolescent Temperament Questionnaire-Revised (EATQ-R), (Ellis i Rothbart, 2001)

Es tracta d'una revisió del EATQ desenvolupat per Capaldi i Rothbart (1992) per avaluar el temperament en adolescents. Aquesta nova versió permet avaluar millor els aspectes relacionats amb les funcions executives i l'autoregulació durant l'adolescència (Putnam, Ellis i Rothbart, 2001).

Hi ha dues versions disponibles, *la versió completa*, formada per 86 ítems i *la versió reduïda*, composta per 53 ítems, que a la vegada es presenta en dues versions: una versió per a pares i l'altra versió autoinformada per a l'adolescent.

En aquest estudi s'ha emprat la versió completa formada per 86 ítems de tipus autoinformat, on cada ítem és valorat en una escala tipus Likert d'1 a 5 punts (1= gairebé sempre falsa; 2= generalment falsa; 3= algunes vegades falsa, altres certa; 4= generalment certa, i 5= gairebé sempre certa), que permet avaluar les 11 dimensions temperamentals.

Les 11 dimensions temperamentals són les següents:

1. **Control de l'activació:** capacitat per a desenvolupar una acció quan hi ha una tendència forta per a evitar-la.
2. **Afiliació:** el desig de calidesa i proximitat amb els altres, independentment de la timidesa.
3. **Nivell d'activitat:** participació en activitats que requereixen un alt nivell d'activitat física.
4. **Atenció:** capacitat per a focalitzar l'atenció i canviar-la quan es desitgi.
5. **Por:** afecte negatiu o desplaent relacionat amb l'anticipació del perill.
6. **Frustració:** afecte negatiu relacionat amb la interrupció de les tasques inicials o en curs, o bloqueig dels objectius.
7. **Plaer d'alta intensitat/surgència:** plaer derivat d'activitats que impliquen estímuls d'alta intensitat o novetat.
8. **Control inhibitori:** capacitat per planificar o suprimir respostes inapropiades.
9. **Sensibilitat plaentera:** quantitat de plaer relacionat amb activitats o estímuls que impliquen baixa intensitat, ritme, complexitat, novetat i incongruència.
10. **Sensibilitat perceptiva:** detecció o consistència perceptiva d'estímuls de baixa intensitat provinents de l'entorn.
11. **Timidesa:** inhibició conductual davant la novetat i desafiament, especialment social.

A més de les 11 dimensions temperamentals de primer ordre (10 en la versió reduïda), les dues versions del EATQ-R inclouen dues escales conductuals: *agressió* i *humor depressiu*, amb la qual la longitud final de l'instrument és de 104 ítems (versió llarga) i 70 ítems (versió reduïda).

D'acord amb Putman, Ellis i Rothbart (2001), l'anàlisi factorial del EATQ-R proporciona tres grans dimensions temperamentals de *segon ordre*, que estan vinculades amb les dimensions proposades des del Model dels Cinc Grans Factors "*Model Big Five*" de la personalitat (Ellis i Rothbart, 2001):

1. **Afecte Positiu/Extraversió:** formada per la sensibilitat plaentera, el plaer d'alta intensitat, nivell de l'activitat i afiliació. Reflexa el grau en què una persona és receptiva a la recompensa, és sociable, mostra sensació de cerca, i participa activament del seu entorn (Rothbart i Bates, 2006).
2. **Afecte Negatiu:** composta per la timidesa, frustració i ira. Engloba les diferències individuals d'evitació i està relacionada amb el factor de personalitat de neuroticisme, incloent la ira, la culpabilitat, el temor, el nerviosisme i la inestabilitat emocional.
3. **Control Voluntari:** formada per l'atenció, el control de l'activació, control inhibitori i sensibilitat perceptiva. Descriu les diferències individuals en habilitats d'autoregulació i reflexa l'esforç dels individus per a controlar la reactivitat d'acord amb les instruccions, les metes i les normes socials (Rothbart i Bates, 2006).

Aquests tres factors constitueixen l'estructura general del temperament a la infància i a l'adolescència (Rothbart, Ahadi, Hershey i Fisher, 2001).

Les puntuacions de les escales del EATQ-R representen la puntuació promig de tots els ítems de cada dimensió, dividint la puntuació total de cada escala pel nombre d'ítems que s'han respost.

Pel que fa a les propietats psicomètriques, la consistència interna per a cada una de les dimensions és la següent: afecte positiu (.76), afecte negatiu (.65) i control voluntari (.76).

La versió utilitzada en aquest estudi ha estat la versió llarga traduïda i adaptada al català, mitjançant el mètode translate-retranslate, on cada ítem va ser comparat i valorat per experts independents, i d'acord amb Sperber (2004), segons el grau d'equivalència semàntica i conceptual (Viñas, González, Gras, Jané i Casas, 2015).

La versió catalana, en comparació amb la versió original, presenta diferències menors en l'estructura del temperament (Ellis, González i Viñas, 2009; Viñas, González, Gras, Jané i Casas, (2015), (consultar Annex 1).

6.2.1.4 Personal Wellbeing Index (PWI), (Cummins, McCabe, Romeo i Gullone, 1994)

Es tracta d'una escala que permet avaluar el nivell de benestar psicològic.

El PWI va ser creat a partir de la Comprehensive Quality of Life Scale (ComQol), (Cummins, McCabe, Romeo i Gullone, 1994).

El PWI està constituït per 7 ítems que avaluen el grau de satisfacció en les següents àrees de la vida o àmbits de la qualitat de vida:

1. Nivell de vida
2. Salut
3. Objectius de vida
4. Relacions interpersonals
5. Seguretat personal percebuda
6. Sentir-se part de la comunitat
7. Seguretat futura

Cada ítem és valorat en una escala Likert de 0 punts (completament insatisfet) a 10 punts (completament satisfet), d'acord amb les recomanacions de Cummins i Gullone (2000). La puntuació final correspon al promig de totes les puntuacions ajustada a una escala de 0 a 100 punts (suma de totes les puntuacions dividida per 7 i multiplicada per 10).

Els autors informen de bones propietats psicomètriques d'aquest instrument (Cummins et al., 2004).

En aquest estudi s'ha utilitzat la versió espanyola de Casas et al. (2008), que presenta, al igual que la versió original, unes bones propietats psicomètriques. La consistència interna en aquest estudi (Alfa de Cronbach) és de .82.

A banda d'aquests 7 ítems, s'inclouen 15 ítems més d'exploració complementària de la satisfacció amb altres àmbits de la vida (consultar Annex 2).

6.2.2 Instruments aplicats a la segona fase als participants amb simptomatologia depressiva

6.2.2.1 Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents (M.I.N.I. KID) (Sheehan, Shytle, Milo, 1998, versió espanyola de Colón-Soto, Díaz y Soto, 2000)

És una entrevista estructurada diagnòstica estructurada per a nens i adolescents de 6 a 17 anys. Permet explorar els principals trastorns psiquiàtrics de l'eix I del DSM-IV (APA, 1994), amb la finalitat de poder realitzar un diagnòstic.

La M.I.N.I. Kid està dividida en mòduls identificats per lletres, cada un correspon a una categoria diagnòstica. Abarca 23 trastorns psiquiàtrics, dividits en mòduls on, a més a més, hi afegeix el risc de suïcidi com un mòdul més, quedant en total 24 mòduls. L'entrevista M.I.N.I. Kid no es pot mostrar en aquesta tesi per motius de copyright dels autors.

Cada mòdul conté una sèrie de preguntes que corresponen als criteris diagnòstics del DSM-IV (APA, 1994) del trastorn en qüestió, on les respostes a cada un dels mòduls es respon amb un "SI" o "NO", i a partir de cada pregunta clau es decideix completar o no el mòdul (Sheehan et al., 2010).

Els 24 trastorns psiquiàtrics són els següents:

- Episodi depressiu major (A)
- Risc de suïcidi (B)
- Trastorn distímic (C)
- Episodi (hipo) maníac (D)
- Trastorn d'angoixa (E)
- Agorafòbia (F)
- Trastorn d'ansietat de separació (G)
- Fòbia social (trastorn d'ansietat social) (H)
- Fòbia específica (I)
- Trastorn obsessiu-compulsiu (J)
- Estat per estrès post-traumàtic (K)
- Abús i dependència d'alcohol (L)
- Trastorns associats a l'ús de substàncies psicoactives no alcohòliques (dependència i abús de drogues) (M)
- Trastorns de tic (N)
- Trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat (O)
- Trastorn de la conducta (disocial) (P)
- Trastorn negativista desafiant (Q)
- Trastorns psicòtics (R)
- Anorèxia nerviosa (S)
- Bulímia nerviosa (T)
- Trastorn d'ansietat generalitzada (U)
- Trastorns adaptatius (V)

Els estudis de validesa de la M.I.N.I. Kid confirmen que és un instrument vàlid per identificar i diagnosticar psicopatologia infantil i juvenil. A més, en comparació amb la Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime (K-SADS-PL), redueix a un terç el temps d'aplicació (Sheehan et al. 2010).

6.3 DISSENY

D'acord amb la última revisió realitzada per León i Montero (2007) sobre el sistema de classificació de les metodologies d'investigació en Psicologia, el tipus d'estudi utilitzat en aquesta investigació ha estat un estudi descriptiu de poblacions mitjançant enquestes amb mostres probabilístiques, amb un disseny epidemiològic transversal de doble fase.

A la primera fase, s'ha realitzat un *screening* mitjançant l'YI-4. S'ha considerat possible cas aquells adolescents que superaven el punt de tall de l'YI-4 per a depressió major.

A la segona fase, s'ha realitzat un estudi descriptiu i correlacional considerant les següents variables:

- Les dimensions temperamentals com són l'afecte positiu/extraversió, afecte negatiu i control voluntari (variable dimensional).
- Les estratègies i estils d'afrontament actiu, passiu o no afrontament (variable dimensional).
- Presència o absència de trastorn depressiu, mitjançant l'entrevista diagnòstica semi-estructurada M.I.N.I. Kid (variable categòrica).
- Altres variables relacionades amb la depressió com serien el sexe, edat, curs, tipus d'escola, país o zona de naixement/procedència.
- Grau de satisfacció en els diferents àmbits de la vida (variable dimensional).

6.4 PROCEDIMENT

La realització d'aquest estudi ha comptat amb l'autorització de la Generalitat de Catalunya a través dels *Serveis Territorials del Departament d'Educació de Girona*.

Primerament, s'ha sol·licitat via conveni de col·laboració de la Facultat d'Educació i Psicologia amb el Departament d'Educació, autorització i col·laboració als Serveis Territorials del Departament d'Educació de Girona per a poder realitzar l'estudi. Una vegada s'ha comptat amb el vist-i-plau, ha tingut lloc el primer contacte amb les direccions dels centres educatius on se'ls ha explicat l'objectiu principal de la investigació de manera detallada, els grups d'alumnes objecte d'estudi seleccionats de manera aleatòria de cada centre, així com també se'ls ha sol·licitat personalment la col·laboració. Tan a les direccions dels centres com als mateixos participants, se'ls ha assegurat la confidencialitat de les dades, així com també l'anonimat. De tots els centres sol·licitats, únicament un centre concertat no ha participat en l'estudi.

L'aplicació dels qüestionaris s'ha realitzat de manera col·lectiva a l'aula durant el període lectiu i s'ha dut a terme en dues sessions amb un temps de diferència inferior a tres setmanes entre les dues sessions.

A la primera sessió s'ha administrat l'Escala d'Afrontament per a Adolescents (ACS, 1996) i el Youth's Inventory Spanish version (YI-4), i a la segona sessió, s'ha administrat el Personal Wellbeing Index (PWI, 1994) i el Early Adolescent Temperament Questionnaire-Revised (EATQ-R, 2001) a tots els alumnes seleccionats.

Tots els alumnes han estat informats del motiu de la seva participació i han rebut les instruccions específiques i homogènies de com havien de respondre als ítems dels qüestionaris. Els participants han contestat els auto-informes durant les hores de tutories, supervisats i auxiliats per una o dues investigadores (capacitades prèviament en l'aplicació d'aquests instruments, comptant amb una formació en psicologia; llicenciades i/o becàries d'investigació d'últim curs de psicologia), per si necessitaven alguna ajuda o aclariment.

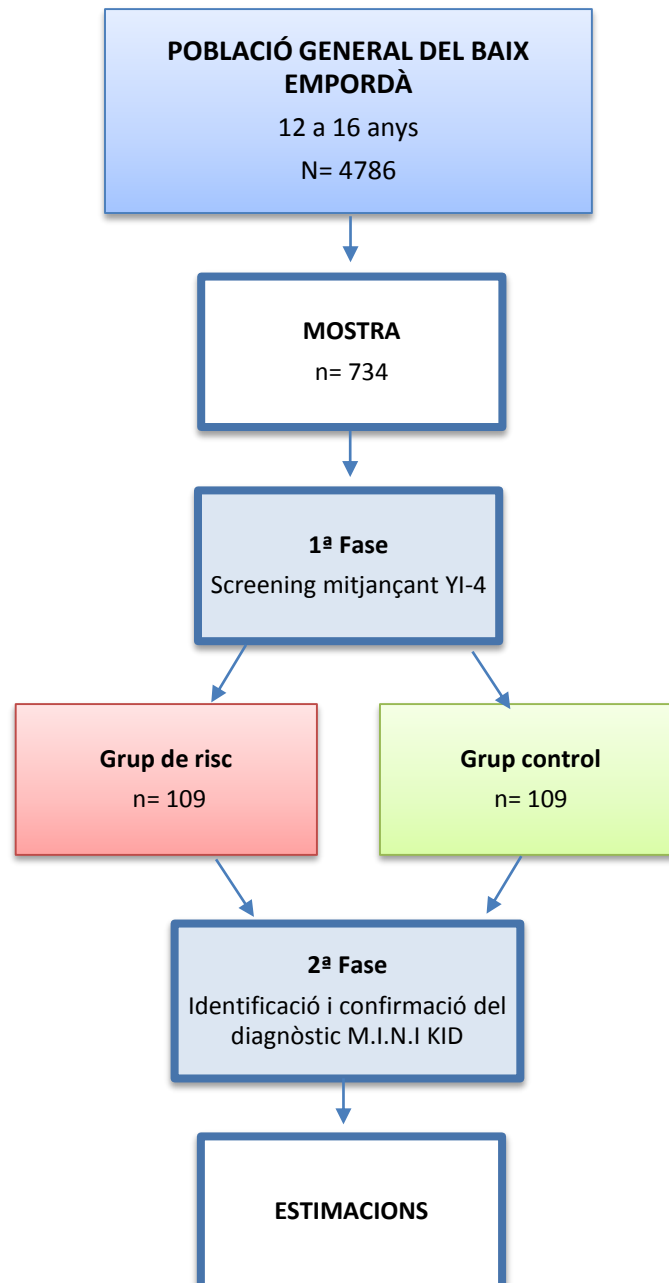
S'han considerat com a possibles casos tots aquells adolescents que han superat el punt de tall de la categoria de depressió major de l'YI-4 (1999). Tots aquests casos han passat a la segona fase com a grup de risc.

A l'atzar, s'ha seleccionat un grup d'adolescents, en igual nombre que els de grup de risc i aparellats per edat i sexe, d'entre aquells que no han estat assignats a la categoria de depressió major de l'YI-4 (1999). Aquests adolescents han passat a la segona fase com a grup control.

Aquesta segona fase ha tingut lloc quatre setmanes després de la finalització de la segona sessió d'administració dels instruments. S'han entrevistat de manera individual a tots aquells alumnes que han superat el punt de tall o que complien amb la definició de possible cas, mitjançant l'entrevista M.I.N.I. Kid (2000). La durada de l'entrevista diagnòstica ha oscil·lat entre els 60 i els 90 minuts, segons la major o menor presència de símptomes.

Donada la proximitat del final de curs, s'ha entrevistat en primer lloc als adolescents del grup de risc. Malauradament, no ha estat possible entrevistar als adolescents del grup control ja que l'autorització en moltes de les escoles participants ha arribat molt tard i ha estat difícil quadrar les agendes.

Els resultats es varen analitzar d'acord amb els objectius de la investigació, de la mateixa manera que es varen excloure tots aquells qüestionaris que estaven inacabats o invalidats.



6.5 ANÀLISI ESTADÍSTIC

S'han calculat els índexs de tendència central i dispersió de totes les variables estudiades amb excepció de les variables categorials o nominals, en què s'han calculat les distribucions de freqüències. Les mitjanes s'han comparat amb la prova *t* de Student per a grups independents, quan la variable d'agrupació tenia dos valors possibles, i l'ANOVA per aquells casos en què la variable d'agrupació tenia 3 o més valors. Per les comparacions post hoc, s'ha utilitzat la prova de Scheffé. En el cas de les variables categòriques o nominals, la distribució de la mostra entre les diferents categories o valors s'ha analitzat mitjançant la prova χ^2 .

S'ha calculat la prevalença de la depressió major i el seu interval de confiança i s'ha utilitzat la fórmula de Villaverde, Gracia, de la Fuente, González de Rivera i Rodríguez-Pulido (1993) per a calcular la prevalença ponderada. Aquesta fórmula permet calcular la prevalença en base als falsos negatius que s'han estimat a partir de la sensibilitat del YI-4 (1999).

Per tal de determinar les variables predictores de la depressió major, s'ha portat a terme un anàlisi discriminant amb el mètode d'inclusió per passes i considerant que els grups poden tenir un tamany desigual. També s'ha fet un anàlisi multivariant de la variança (MANOVA) per tal de valorar l'efecte del gènere i el grup sobre les variables estudiades.

Finalment, mitjançant la Tècnica d'Equacions Estructurals (SEM), s'ha buscat el model o models que millor s'ajusten a les dades. S'ha utilitzat el mètode d'estimació de màxima verosimilitut (ML). Per provar l'ajustament del model, s'ha utilitzat l'índex χ^2 , i el seu nivell de probabilitat associada, la raó χ^2 / gl (graus de llibertat) i els índexs CFI (Comparative Fit Index), GFI (Goodness of Fit Index), AGFI (Adjusted Goodness of Fit Index) i RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation). Els valors RMSEA inferiors a .05 i CFI, GFI i AGFI superiors a .95 indiquen un bon ajustament (Hu i Bentler, 1999). No obstant, es pot considerar, com ho han suggerit alguns autors, que els valors de RMSEA fins .08 representen errors d'aproximació raonables (Browne i Cudeck, 1993, Byrne, 2010). Valors entre 2 i 5 per a la raó χ^2 / gl indiquen una bona adequació al model (Byrne, 1989). Es considera que si un model presenta un bon ajustament en el CFI i en el RMSEA conjuntament, és molt poc probable que el model no s'adeqüi a les dades (Herrero, 2010).

Per a trobar el model o models que millor s'ajustin a les dades, s'ha utilitzat el AMOS versió 18.0. La resta de dades s'ha analitzat mitjançant el paquet estadístic SPSS versió 19.0.

El nivell de significació estadístic requerit en totes les proves ha estat de $p < .05$.

7. RESULTATS

7.1 RESULTATS DE LA PRIMERA FASE

Dels 997 alumnes seleccionats inicialment, 760 han omplert correctament el qüestionari i/o es troben a l'aula en el moment de la passació. Alguns casos s'han exclòs per motius de validesa. Són casos en què s'han detectat dificultats de comprensió o de coneixement del idioma.

El nivell de participació final és del 81.63%. Aquesta mostra representa el 16.28% de la població total estudiada.

Donat que les edats dels alumnes seleccionats estan compreses entre els 11 i els 19 anys i que l'estudi es centra en la franja d'edat d'entre els 12 i 16 anys, s'han eliminat els pocs casos d'11, 17, 18 i 19 anys.

La mostra final de la primera fase és de 734 alumnes (amb una mitjana d'edat de 13.9 anys i una desviació típica d'1.2 anys), és a dir, el 15.8% de la població d'origen i el 79.6% dels casos seleccionats. Dels 734 alumnes, 347 són nois (47.3%) i 387 noies (52.7%).

Tots els centres seleccionats prèviament han participat a l'estudi, a excepció d'un centre concertat que ha estat substituït per un nou centre escollit a l'atzar de la base de sondeig.

A la Taula 10, es pot observar més àmpliament les característiques de la mostra estudiada.

Taula 10.
Característiques sociodemogràfiques de la mostra.

Característiques	n	%
Gènere		
Masculí	347	47.3
Femení	387	52.7
Edat		
12 anys	127	17.3
13 anys	160	21.8
14 anys	191	26
15 anys	182	24.8
16 anys	74	10.1
Centre educatiu		
Públic	618	84.2
Concertat	116	15.8
Curs		
1r d'E.S.O.	177	24.1
2n d'E.S.O.	163	22.2
3r d'E.S.O.	209	28.5
4t d'E.S.O.	185	25.2
País de naixement		
Espanya	586	79.8
Sud-Amèrica	54	7.4
Marroc	53	7.2
Europa Central-Sud	19	2.6
Europa de l'Est	15	2
Altres	7	1
Generació de l'alumnat		
Nascuts a Espanya de pares espanyols	560	76.3
Nascuts a Espanya de pares estrangers	28	3.8
Nouvinguts	146	19.9

7.1.1 Gènere i edat

Pel que fa al gènere, dels 734 alumnes 347 són nois (47.3%) i 387 són noies (52.7%). Aquests valors no són gaire semblants als de la població general, on el 51.3% són nois i el 48.7% són noies (dades obtingudes de l'Idescat pel que fa al mateix curs acadèmic).

Cal tenir en compte, no obstant, que més del 70% dels qüestionaris que han estat invalidats pertanyen a alumnes de sexe masculí, el que podria explicar aquesta diferència.

Si es comparen les proporcions de nois i noies de la població amb les de la mostra, la diferència és estadísticament significativa ($\chi^2(1, N = 5.520 = 4.04, p = .04)$), (veure Figura 6).

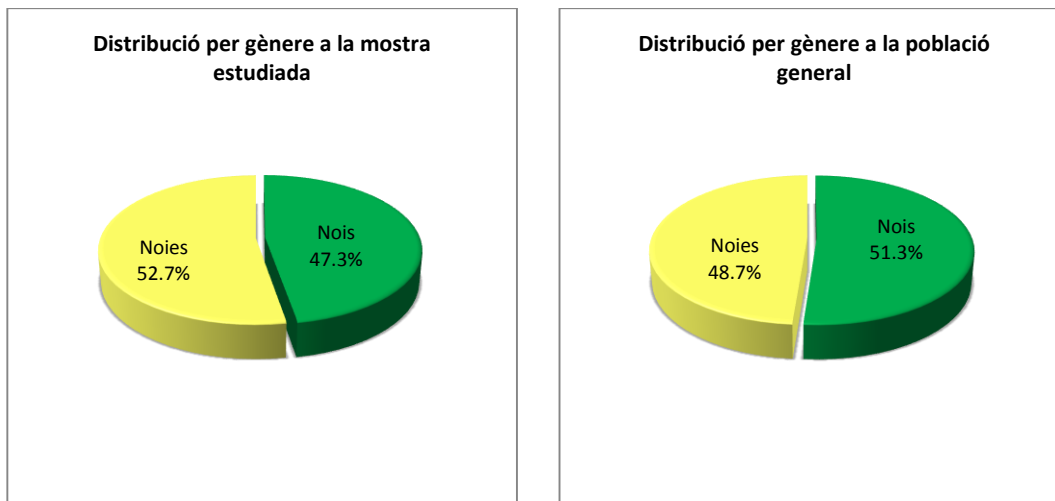


Figura 6. Distribució per gènere a la mostra estudiada i en població general.

Pel que fa a les edats, considerant que la mostra oscil·la entre els 12 i els 16 anys, es pot veure com l'edat de 14 anys és on més alumnes concentra, amb un total de 191 alumnes (és a dir, un 26%), seguit dels 15 anys amb 182 alumnes (24.8%), 13 anys amb 160 alumnes (21.8%), 12 anys amb 127 alumnes (17.3%) i, per últim, 16 anys amb 74 alumnes (10.1%), (veure Figura 7).

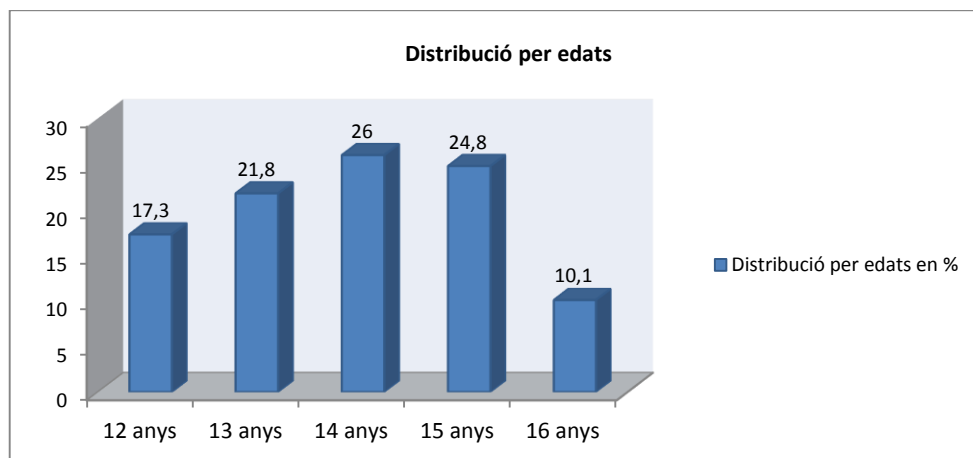


Figura 7. Distribució de la mostra segons les edats.

7.1.2 Centres educatius i cursos

Han participat a l'estudi els alumnes matriculats en els cursos d'E.S.O. que cursen els seus estudis en diferents centres públics i concertats de la comarca del Baix Empordà, tots ells ubicats en diferents zones geogràfiques i de nivells socioeconòmics diferents.

En total, han participat en l'estudi vuit centres públics i tres centres concertats.

Els vuit centres públics són els següents: IES Baix Empordà (Palafugell), IES Frederic Martí (Palafugell), IES La Bisbal (La Bisbal d'Empordà), IES Montgrí (Torroella de Montgrí), IES Palamós (Palamós), IES Puig Cargol (Sant Antoni de Calonge), IES Sant Elm (Sant Feliu de Guíxols) i IES Sant Feliu de Guíxols (Sant

Feliu de Guíxols). Els tres centres concertats són: Col·legi Sant Gabriel (Torroella de Montgrí), Col·legi Sant Josep (Sant Feliu de Guíxols) i Escola Vedruna (Palamós).

A la Figura 8 es pot observar la distribució dels centres educatius.

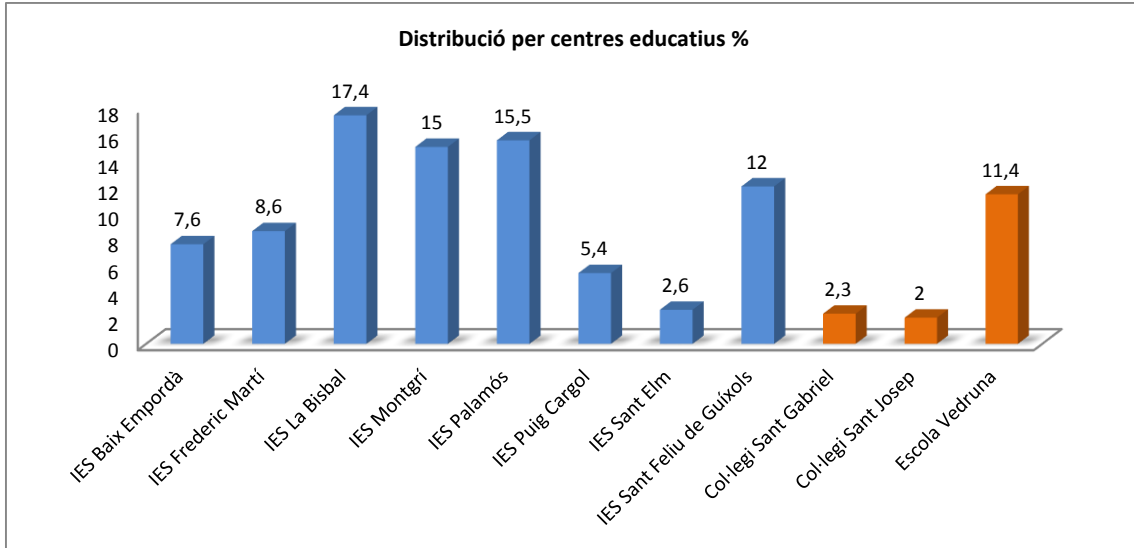


Figura 8. Distribució de la mostra per centres educatius.

Si s'analitza la distribució per cursos, 3r d'E.S.O. és el curs que engloba més alumnes, amb un total de 209 alumnes (28.5%), seguit de 4t amb 185 alumnes (25.2%), 1r amb 177 alumnes (24.1%) i, per últim, 2n amb 163 alumnes (22.2%), (veure Figura 9).

Aquestes diferències són estadísticament significatives ($\chi^2(3, N = 734) = 18.60, p < .001$).

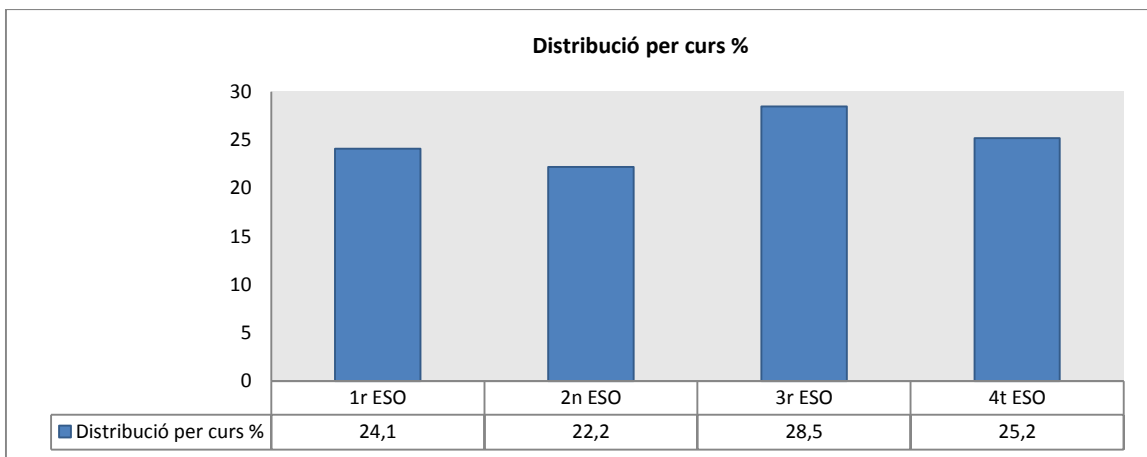


Figura 9. Distribució de la mostra per cursos.

7.1.2 País o zona geogràfica de naixement

Dels 734 alumnes participen en el present estudi, el 79.8% són autòctons, és a dir, han nascut a Espanya. El següent país o zona de procedència més freqüent són els països de Sud Amèrica amb 54 alumnes (7.4%) i el Marroc amb 53 alumnes (7.2%), seguit de l'Europa Central-Sud amb 19 alumnes (2.6%), Europa de l'Est amb 15 alumnes (2%) i, per últim, altres nacionalitats amb un 1% (països com Egipte, Xina, Filipines, etc.), (veure Figura 10).

Cal dir que per poder realitzar la categorització del país o zona de procedència de naixement, es té en compte el volum d'alumnes que han nascut en una mateixa zona geogràfica o país.

D'aquesta manera, els podem agrupar:

- **Espanya.**
- **Països de Sud-Amèrica:** com són Nicaragua, Perú, Argentina, Colòmbia, Cuba, Uruguai, Equador, Bolívia, Brasil, Hondures, Mèxic, El Salvador, República Dominicana i Xile.
- **Marroc:** degut al gran nombre d'alumnes procedent d'aquest país.
- **Europa Central-Sud:** com França, Portugal, Itàlia, Alemanya, Regne Unit, Suïssa, Bèlgica, Holanda i Andorra.
- **Europa de l'Est:** com Romania, Lituània, Ucraïna, Bulgària, Croàcia, Rússia i Moldàvia.
- **Altres:** inclou alumnes que han nascut en països o zones geogràfiques difícils de categoritzar degut a la poca representació a la mostra (com serien la Xina, Egipte, Índia, Filipines, Gàmbia, Senegal, Algèria, Ghana, Camerun, Bangladesh, Nigèria, Sàhara Occidental, Kirguistán, Tànger, Iran, etc.).

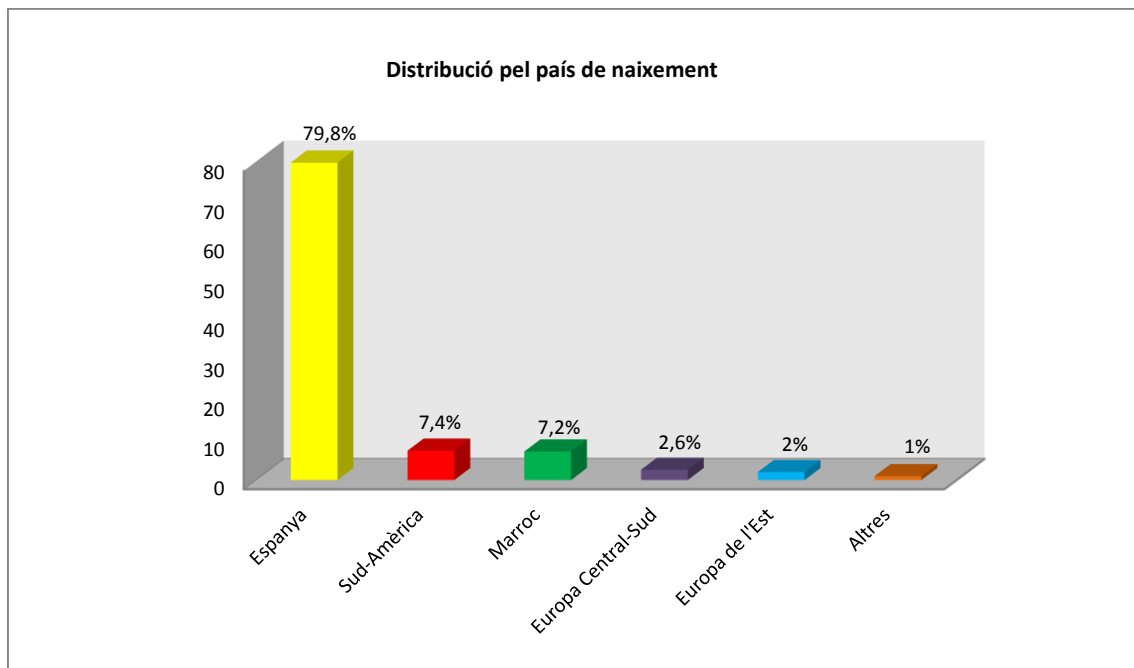


Figura 10. Distribució de la mostra segons el país o zona de naixement.

7.1.3 Distribució de la mostra en funció de la procedència dels pares

Si ens centrem en el lloc de naixement dels alumnes de la nostra mostra així com la nacionalitat dels seus progenitors, es classifiquen de la següent manera:

- 1) **Adolescents nascuts a Espanya amb pares espanyols.**
- 2) **Adolescents nascuts a Espanya de pares estrangers**, amb tots dos progenitors nascuts fora d'Espanya.
- 3) **Adolescents nouvinguts**, és a dir, adolescents immigrants amb progenitors immigrants.

El primer grup és el més representatiu, amb un total de 560 alumnes, és a dir, el 76.3% dels alumnes són autòctons. El següent grup més nombrós és el format pels nouvinguts amb 146 alumnes immigrants de pares immigrants (19.9%) i, per últim, els adolescents nascuts al nostre país amb pares estrangers amb 28 alumnes (3.8%), (veure Figura 11).

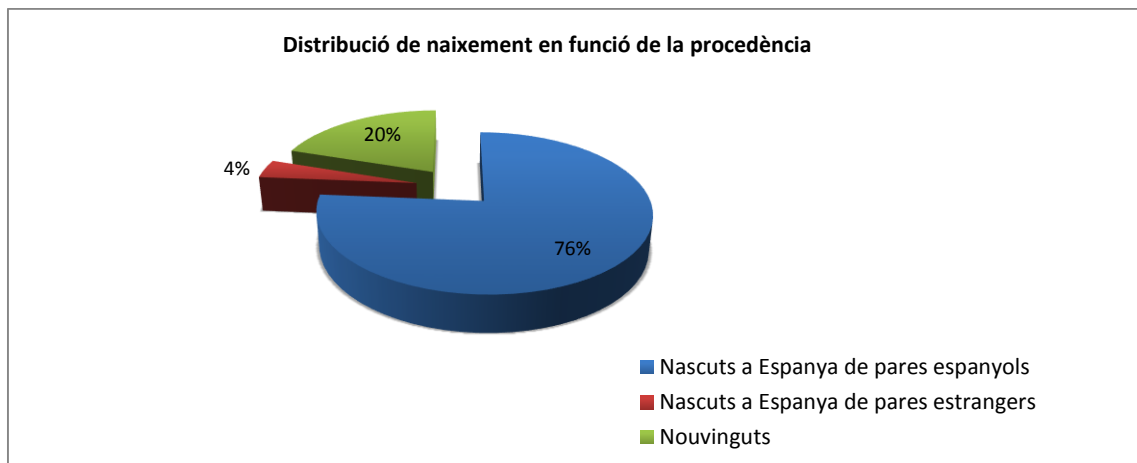


Figura 11. Distribució del país de naixement en funció de la procedència.

7.1.4 Constitució del grup de risc i del grup control

Dels 734 adolescents avaluats a la primera fase mitjançant la YI-4, 109 casos superen, d'acord amb el sistema de puntuació criterial, el punt de tall pel trastorn depressiu major. Aquests 109 casos passen a la segona fase com a grup de risc.

També s'han seleccionat a l'atzar, d'entre la resta de subjectes de la primera fase que no han superat el punt de tall, 109 casos aparellats per edat i sexe que passen a formar part del grup control.

7.2 RESULTATS DE LA SEGONA FASE

7.2.1 Prevalença de la depressió major en adolescents de 12 a 16 anys de la Comarca del Baix Empordà

Dels 734 adolescents avaluats a la primera fase mitjançant l'YI-4 (1999), 109 varen superar el punt de tall d'acord amb el sistema de puntuació criterial.

D'aquests 109 adolescents identificats a la primera fase com casos de risc per a patir el trastorn depressiu major, 60 casos no compleixen amb els criteris diagnòstics de depressió major, 42 si els compleixen i 7 no arriben a complir amb tots els criteris. D'acord amb aquest resultat, la prevalença del Trastorn Depressiu Major a la comarca del Baix Empordà seria del 5.72% (IC 4.2%-7.72%). No obstant, considerant que l'YI-4 (1999) té una sensibilitat de .74 i especificat de .89 pel trastorn depressiu major (Gadow i Sprafkin, 1999) i aplicant la fórmula de Villaverde et al. (1993), la prevalença ponderada seria del 7.8% (IC 5.83%-9.70%).

Considerant una sensibilitat de .74, s'han calculat 15 casos com a falsos negatius. De la mateixa manera, considerant una especificitat de .89, s'han calculat 530 casos veritables negatius (veure Figura 12).

$$\frac{1}{N \text{ TOTAL}} \times \left[\frac{\text{Diagnòstics en el grup risc} \times \text{Número subjectes de risc a 1a fase}}{\text{Número subjectes de risc a 2a fase}} \right] + \left[\frac{\text{Diagnòstics en el grup control} \times \text{Número de subjectes grup control 1a fase}}{\text{Número subjectes grup control 2a fase}} \right] \times 100$$

Figura 12. Fórmula de Villaverde, Gracia, de la Fuente, González de Rivera i Rodríguez-Pulido (1993).

7.2.2 Simptomatologia de la depressió major en funció del gènere

Si ens centrem en la simptomatologia de la depressió major en funció del gènere, podem observar que d'entre els 42 casos que si compleixen amb els criteris diagnòstics per a la depressió major, hi ha diferències estadísticament significatives en nois i noies a l'hora de respondre l'ítem de l'YI-4 (1999) "Em costa adormir-me o dormir tota la nit" ($p = .07$), amb una freqüència de "sovint" o "molt sovint".

En relació als símptomes valorats com a presents per al trastorn de depressió major a l'entrevista diagnòstica MINI Kid (2000), es pot observar que existeixen diferències significatives entre les respostes de nois i noies a l'ítem A1 "¿Te has sentido triste o deprimido? ¿Has estado desanimado? ¿Has estado malhumorada o molesto?", on el 96.87% de les noies han puntuat com a present, vers el 70% dels nois ($p = .01$), (Taula 11).

Taula 11.

Síntomes valorats amb una freqüència de “sovint” o “molt sovint” a l’YI-4 i símptomes valorats com a presents a la MINI Kid en funció del sexe.

Síntomes YI-4	Nois N = 10	Noies N = 32	χ^2	p
No em sento content, em sento trist	4 (40%)	16 (50%)	.31	ns
Em sento de mal humor	7 (70%)	24 (75%)	.10	ns
No tinc ganes de fer res	6 (60%)	17 (53.13%)	.15	ns
Penso en la mort o el suïcidi	2 (20%)	8 (25%)	.11	ns
No m’agrada com soc	4 (40%)	17 (53.13%)	.53	ns
Em sento cansat, no tinc energia per fer les coses	3 (30%)	10 (31.25%)	.01	ns
Menjo molt	7 (70%)	16 (50%)	1.23	ns
Em salto els menjars i menjo poc	1 (10%)	7 (21.88%)	.70	ns
Dormo molt	8 (80%)	17 (53.13%)	2.28	ns
Em costa adormir-me o dormir tota la nit	2 (20%)	17 (53.13%)	3.37	.07
Em costa concentrar-me	6 (60%)	16 (50%)	.31	ns
MINI Kid	Nois N = 10	Noies N = 32	χ^2	p
A1. ¿Te has sentido triste o deprimido? ¿Has estado desanimado? ¿Has estado malhumorado o molesto?	7 (70%)	31 (96.87%)	6.39	.01
A2. ¿Has estado bien aburrido o menos interesado en las cosas (como jugar tus juegos favoritos)? ¿Has sentido que ya no puedes disfrutar de las cosas?	7 (70%)	15 (3.12%)	1.63	ns
A3a ¿Tenías menos hambre o más hambre la mayoría de los días? ¿Perdiste o ganaste peso sin intentarlo? [i.e., por + 5% de su peso corporal ó + 8 libras en el último mes]	7 (70%)	22 (68.75%)	0.01	ns
A3b ¿Tenías dificultad para dormir casi todas las noches (“dificultad para dormir” significa, dificultad para quedarte dormido, despertarte a media noche, despertarte bien temprano o dormir demasiado)?	4 (40%)	18 (56.25%)	0.81	ns
A3c ¿Hablabas o te movías más lento de lo usual? ¿Estabas inquieto o se te hacía difícil quedarte tranquilo?	7 (70%)	22 (68.75%)	0.01	ns
A3d ¿Te sentías cansado casi todo el tiempo?	5 (50%)	20 (62.50%)	0.49	ns
A3e ¿Te sentías mal acerca de ti mismo casi todo el tiempo? ¿Te sentías culpable casi todo el tiempo?	6 (60%)	20 (62.50%)	0.02	ns
A3f ¿Se te hacía difícil prestar atención? ¿Se te hacía difícil decidirte?	8 (80%)	24 (75%)	0.11	ns
A3g ¿Te sentías tan mal que deseabas estar muerto? ¿Pensabas en hacerte daño a ti mismo? ¿Pensabas en quitarte la vida?	2 (20%)	14 (43.75%)	1.82	ns

7.2.3 Perfil sociodemogràfic dels casos de depressió major

7.2.3.1 Depressió major i gènere

Per gènere, s’ha diagnosticat depressió major en 10 nois i en 32 noies. Per tant, la prevalença de la depressió major en els nois és de 2.88% (IC 1.47%-5.41%) i en les noies és de 8.27% (IC 5.81%-11.59%). D’aquesta manera, podem dir que hi ha 3.2 noies amb depressió major per cada noi.

7.2.3.2 Depressió major i edat

Per edat, la major prevalença es situa a l'edat de 14 anys, amb un total de 15 casos diagnosticats a la segona fase i amb una prevalença del 7.85%. A continuació, es situen els adolescents de 16 anys amb una prevalença del 6.76% (i 5 casos diagnosticats), seguit dels 13 anys amb una prevalença del 6.25% (i 10 casos diagnosticats), a continuació vindrien els casos de 12 anys, amb una prevalença de 4.72% (i 6 casos diagnosticats), i per últim, l'edat de 15 anys amb una prevalença de 3.29% (i 6 casos diagnosticats), (Taula 12).

Taula 12.

Edat i diagnòstic de depressió major.

Edat	Nº de subjectes primera fase	Nº de subjectes diagnosticats	Prevalença (%)
12	127	6	4.72
13	160	10	6.25
14	191	15	7.85
15	182	6	3.29
16	74	5	6.76

7.2.3.3 Depressió major i tipologia de centre

En funció de la tipologia de centre on estan cursant els seus estudis, centres públics versus centres concertats, tot i que en el grup de diagnòstic de depressió major el 92.86% pertany a centres públics, mentre que en els altres dos grups el percentatge és de 84.40% i 83.58% respectivament, la diferència no és estadísticament significativa, $\chi^2 (2, N = 218) = 2.16, ns$ (Taula 13).

Taula 13.

Distribució del grup de risc i del grup control en funció del tipus de centre.

Tipus de centre	Grup control N = 109	Grup de risc sense diagnòstic de DM N = 67	Grup de risc amb diagnòstic de DM N = 42
Públic	92 (84.40%)	56 (83.58%)	39 (92.86%)
Concertat	17 (15.60%)	11 (16.42%)	3 (7.14%)
Total	109	67	42

7.2.3.4 Depressió major i lloc de procedència

Si es considera el lloc de naixement, no hi ha diferències entre els tres grups, $\chi^2 (2, N = 218) = .68, ns$. Tanmateix, els percentatges són molt similars als de la població estudiada en què el 79.8% ha nascut a Espanya (Taula 14).

Taula 14.

Distribució del grup de risc i control en funció del lloc de naixement.

Lloc de naixement	Grup control N = 109	Grup de risc sense diagnòstic de DM N = 67	Grup de risc amb diagnòstic de DM N = 42
Espanya	88 (80.73%)	51 (76.12%)	32 (76.19%)
Altres països	21 (19.27%)	16 (23.88%)	10 (23.81%)
Total	109	67	42

Si s'especifiquen els països, en el grup control trobem 9 casos (8.3%) que han nascut al Marroc, 3 casos (2.8%) que han nascut a Europa Central-Sud, 2 casos (1.8%) que han nascut a Europa de l'Est, 6 casos (5.5%) que han nascut a Sud-Amèrica i 1 cas que ha nascut a altres països (0.9%), (Taula 15).

Taula 15.

Lloc de naixement dels adolescents del grup control.

Lloc de naixement del Grup Control	
Marroc	9 (8.3%)
Europa Central-Sud	3 (2.8%)
Europa de l'Est	2 (1.8%)
Sud-Amèrica	6 (5.5%)
Altres països	1 (0.9%)

Si ens centrem en el grup de risc, la distribució de la depressió major en relació al lloc de procedència és la següent: 4 casos han nascut al Marroc (6%), 5 casos han nascut a Europa de l'Est (7.5%), 6 casos han nascut a Sud-Amèrica (9%) i 1 cas que ha nascut a la categoria d'altres països (1.5%).

Finalment, la distribució en el grup de diagnòstic de depressió major és la següent: 2 casos nascuts al Marroc (4.8%), 2 casos nascuts a Europa Central-Sud (4.8%), 2 casos nascuts a Europa de l'Est (4.8%) i 4 casos nascuts a Sud-Amèrica (9.5%).

Dit d'una altra manera, la prevalença de la depressió major en els adolescents nascuts a Espanya és del 5.5% i entre els adolescents no nascuts a Espanya és del 6.8%. Aquesta diferència de 1.3% de més en el grup d'adolescents no nascuts a Espanya, no és estadísticament significativa, $\chi^2 (1, N = 732) = .42, ns$. (Nota: dos alumnes no van indicar el lloc de naixement).

Si considerem el temps que fa que resideixen a Espanya (registrat en anys) els adolescents no nascuts al nostre país, veiem que no hi ha diferències entre els tres grups estudiats, Kruskal Wallis, $\chi^2 = .23, ns$.

En quan a la relació entre país de naixement, sexe i diagnòstic de depressió major, la distribució dels casos diagnosticats és homogènia, $\chi^2 (1, N = 42) = .11$. En el grup d'adolescents nascuts a Espanya amb diagnòstic de depressió major hi ha 8 nois i 24 noies, i en el grup d'adolescents no nascuts a Espanya amb diagnòstic de depressió major hi ha 2 nois i 8 noies. Per tant, la ràtio noi/noia en el grup d'adolescents nascuts a Espanya és de 1/3 i la ràtio en el grup d'adolescents nascuts fora d'Espanya és de 1/4 (Taula 16).

Taula 16.

Síntomes valorats amb una freqüència de "sovint" o "molt sovint" a l'YI-4 i símptomes valorats com a presents a la MINI Kid en funció del lloc de naixement.

Síntomes YI-4	Nascuts a Espanya N = 32	Nascuts fora d'Espanya N = 10	χ^2	p
No em sento content, em sento trist	15 (46.88%)	5 (50%)	0.03	ns
Em sento de mal humor	23 (71.88%)	8 (80%)	0.26	ns
No tinc ganes de fer res	17 (53.13%)	6 (60%)	0.15	ns
Penso en la mort o el suïcidi	8 (25%)	2 (20%)	0.11	ns
No m'agrada com soc	16 (50%)	5 (50%)	0.00	ns
Em sento cansat, no tinc energia per fer les coses	12 (37.5%)	1 (10%)	1.56	ns
Menjo molt	16 (50%)	4 (40%)	0.31	ns
Em salto els menjars i menjo poc	6 (18.75%)	2 (20%)	0.01	ns
Dormo molt	18 (56.25%)	4 (40%)	0.81	ns
Em costa adormir-me o dormir tota la nit	15 (46.88%)	4 (40%)	0.15	ns
Em costa concentrar-me	16 (50%)	6 (60%)	0.31	ns
MINI Kid	Nascuts a Espanya N = 32	Nascuts fora d'Espanya N = 10	χ^2	p
A1. ¿Te has sentido triste o deprimido? ¿Has estado desanimado? ¿Has estado malhumorado o molesto?	29 (90.62%)	9 (90%)	0.00	ns
A2. ¿Has estado bien aburrido o menos interesado en las cosas (Como jugar tus juegos favoritos)? ¿Has sentido que ya no puedes disfrutar de las cosas?	16 (50%)	6 (6%)	0.31	ns
A3a ¿Tenías menos hambre o más hambre la mayoría de los días? ¿Perdiste o ganaste peso sin intentarlo? [i.e., por + 5% de su peso corporal ó + 8 libras en el último mes]	22 (68.75%)	7 (70%)	.01	ns
A3b ¿Tenías dificultad para dormir casi todas las noches ("dificultad para dormir" significa, dificultad para quedarte dormido, despertarte a media noche, despertarte bien temprano o dormir demasiado)?	18 (56.25%)	4 (40%)	.81	ns
A3c ¿Hablabas o te movías más lento de lo usual? ¿Estabas inquieto o se te hacía difícil quedarte tranquilo?	21 (65.62%)	8 (80%)	.74	ns
A3d ¿Te sentías cansado casi todo el tiempo?	18 (56.25%)	7 (70%)	.60	ns
A3e ¿Te sentías mal acerca de ti mismo casi todo el tiempo? ¿Te sentías culpable casi todo el tiempo?	18 (56.25%)	9 (90%)	3.78	.06
A3f ¿Se te hacía difícil prestar atención? ¿Se te hacía difícil decidirte?	22 (68.75%)	5 (50%)	1.17	ns
A3g ¿Te sentías tan mal que deseabas estar muerto? ¿Pensabas en hacerte daño a ti mismo? ¿Pensabas en quitarte la vida?	10 (31.25%)	6 (60%)	2.67	ns

7.2.4 Comorbiditat de la Depressió Major

Una tercera part dels casos diagnosticats de depressió major no presenta cap altre trastorn comòrbid (33.3%). D'altra banda, la majoria dels casos presenta un o dos trastorns comòrbids (42.8%) (Taula 17).

El diagnòstic més freqüent és el TDAH (42.86%), seguit del *trastorn d'ansietat generalitzada* (28.57%) i el *trastorn negativista desafiant* (26.19%). En els nois, el diagnòstic més freqüent és el de TDAH (70%) seguit del trastorn negativista desafiant (40%). En les noies, el TDAH també és el diagnòstic més freqüent (34.38%) seguit del trastorn d'ansietat generalitzada (31.25%).

En general, els nois presenten més *trastorns de conducta* (trastorn negativista desafiant i trastorn de conducta) comòrbids i les noies més *trastorns d'ansietat* (trastorn d'ansietat generalitzada, ansietat de separació, fòbia social, fòbia específica i trastorn d'angoixa).

Concretament, el 80% dels nois presenten com a diagnòstic comòrbid, com a mínim un *trastorn de conducta*, mentre que en les noies es dona en el 46.9% dels casos, $\chi^2 (1, N = 42) = 3.38, p = .066$.

També cal destacar que els casos amb diagnòstic de *trastorn bipolar I i II* només s'han observat en noies (9.38% de les noies amb depressió major). Pel que fa al diagnòstic de *trastorn d'ansietat* (fòbia específica, fòbia social, trastorn d'ansietat generalitzada, ansietat de separació, trastorn d'angoixa i agorafòbia), es dona, com a mínim, en el 40% dels nois i en el 46,9% de les noies, si bé la diferència, igual que abans, no és estadísticament significativa, $\chi^2 (1, N = 42) = .15, ns$.

Taula 17.

Recompte i percentatge de trastorns comòrbids en els adolescents diagnosticats de depressió major.

Nº de trastorns comòrbids	Nois		Noies		Total	
	n	%	n	%	n	%
Cap	4	40	10	23.81	14	33.3
1	2	20	8	19.05	10	23.8
2	3	30	5	11.91	8	19.0
3	0	0	4	9.52	4	9.5
4	1	10	2	4.76	3	7.1
6	0	0	2	4.76	2	4.8
8	0	0	1	2.38	1	2.4
Total	10	100	32	100	42	100

Per gènere, el 40% dels nois no tenen cap trastorn comòrbid, en comparació amb les noies en què el percentatge és del 23.81%. No obstant, aquesta diferència no és estadísticament significativa, $\chi^2 (1, N = 42) = .26, ns$ (comparant comorbiditat vs no comorbiditat). Si realitzem la comparació per rangs del nombre de trastorns comòrbids, el rang promig en els nois és de 19.25 i en les noies de 22.20, U de Mann-Whitney = 137.5, *ns* (Taula 18).

Taula 18.

Trastorns comòrbids en el grup d'adolescents diagnosticats de depressió major en funció del gènere.

Trastorn	Nois N = 10		Noies N = 32		Total N = 42	
	n	%	n	%	n	%
TDAH	7	70	11	34.38	18	42.86
- TDAH Inatent	2	20	3	9.38	5	11.90
- TDAH Hiperactiu-Impulsiu	2	20	5	15.63	7	16.67
- TDAH Combinat	3	30	3	9.38	6	14.29
Trastorn d'ansietat generalitzada	2	20	10	31.25	12	28.57
Trastorn negativista desafiant	4	40	7	21.88	11	26.19
Trastorn de conducta	2	20	6	18.75	8	19.05
Ansietat de separació	0	0	6	18.75	6	14.29
Fòbia social	2	20	4	12.5	6	14.29
Trastorn d'angoixa de per vida	1	10	4	12.5	5	11.90
Fòbia específica	0	0	5	15.63	5	11.90
Agorafòbia actual sense història de trastorn d'angoixa	1	10	3	9.38	4	9.52
Abús d'alcohol	0	0	3	9.38	3	7.14
Dependència d'alcohol	0	0	3	9.38	3	7.14
Trastorn Bipolar I	0	0	2	6.25	2	4.76
Trastorn Bipolar II	0	0	1	3.13	1	2.38
Trastorn d'angoixa amb agorafòbia	0	0	1	3.13	1	2.38
Trastorn per estrès posttraumàtic	0	0	1	3.13	1	2.38
Dependència de drogues	0	0	1	3.13	1	2.38
Bulímia nerviosa	0	0	1	3.13	1	2.38
Trastorn adaptatiu	0	0	1	3.13	1	2.38

7.2.5 Perfil de les estratègies d'afrontament dels adolescents diagnosticats de Depressió Major

Si analitzem les estratègies d'afrontament, la mitjana de "no afrontament" en el grup control és més baixa que la del grup de risc sense diagnòstic de depressió major (Scheffé $p < .001$) i que la del grup de risc amb diagnòstic de depressió major (Scheffé $p = .048$). A l'estratègia de "reducció de la tensió", les puntuacions del grup control són més baixes que les del grup amb diagnòstic de depressió major (Scheffé $p = .020$).

En canvi, a l'estratègia "d'ignorar el problema", les puntuacions del grup de risc sense diagnòstic de depressió major són més altes que les del grup control (Scheffé $p = .006$) i amb diagnòstic de depressió major (Scheffé $p = .042$). D'altra banda, a l'estratègia "d'autoinculpar-se", les puntuacions del grup control són més baixes que les del grup de risc amb diagnòstic de depressió major (Scheffé $p < .001$) i sense depressió major (Scheffé $p = .008$). A l'estratègia de "reservar-ho per a un mateix", les puntuacions del grup control són més baixes que les de el grup de risc amb diagnòstic de depressió major (Scheffé p

= .031). Finalment, a l'estratègia de "buscar suport espiritual", les puntuacions del grup de risc sense diagnòstic de depressió major són més altes que les del grup control (Scheffé $p = .045$), (Taula 19).

Taula 19.

Mitjanes i desviació típica (entre parèntesi) de les dimensions de l'ACS en funció del grup. General.

Dimensions ACS	Grup Control	Grup de risc sense diagnòstic de DM	Grup de risc amb DM	F	p
	N= 109	N = 67	N = 42		
Buscar suport social	70.30 (14.67)	65.16 (17.72)	69.24 (16.82)	2.17	ns
Concentrar-se en resoldre el problema	67.24 (13.11)	65.48 (14.67)	67.84 (14.81)	.47	ns
Esforçar-se i tenir èxit	66.99 (11.99)	67.30 (14.98)	62.86 (16.39)	1.60	ns
Preocupar-se	71.90 (13.39)	68.76 (16.10)	74.38 (14.46)	2.07	ns
Invertir en amics íntims	72.97 (16.87)	70.39 (16.42)	73.10 (17.32)	.56	ns
Buscar pertinença	73.17 (12.85)	71.21 (13.49)	77.24 (15.34)	2.57	ns
Fer-se il·lusions	63.04 (13.80)	66.36 (12.50)	66.29 (15.93)	1.54	ns
No afrontament	43.11 (15.45)	51.73 (13.24)	49.64 (13.69)	8.22	<.001
Reducció de la tensió	42.53 (14.84)	48.33 (15.38)	50.38 (16.39)	5.29	.006
Acció social	41.50 (14.99)	44.15 (14.55)	41.79 (15.80)	.69	ns
Ignorar el problema	44.45 (15.83)	52.99 (18.71)	44.48 (17.37)	5.80	.004
Autoinculpar-se	51.30 (17.29)	60.12 (18.99)	68.10 (19.00)	14.18	<.001
Reservar-ho per a un mateix	53.39 (14.70)	59.00 (16.81)	60.95 (16.31)	4.68	.01
Buscar suport espiritual	42.80 (15.10)	48.78 (15.18)	44.17 (16.41)	3.20	.043
Fixar-se en la part positiva	67.42 (15.12)	64.75 (18.35)	62.74 (17.74)	1.35	ns
Buscar ajuda professional	54.68 (16.59)	56.72 (20.64)	57.46 (21.86)	.43	ns
Buscar diversions relaxants	72.42 (15.46)	72.09 (15.95)	68.57 (18.47)	.90	ns
Distracció física	69.33 (17.83)	63.93 (19.83)	65.87 (21.14)	1.74	ns

7.2.5.1 Estratègies d'afrontament segons grup i gènere

A continuació es mostren les mitjanes i les desviacions típiques de les dimensions de l'ACS en funció del grup i el gènere (Taula 20) i els resultats de la MANOVA comparant les dimensions de l'ACS amb el grup i el gènere (Taula 21).

Taula 20.

Mitjanes i desviació típica de les dimensions de l'ACS en funció del grup i del gènere.

Dimensions ACS	Grup control N = 109				Grup de risc sense diagnòstic de DM N = 67				Grup de risc amb diagnòstic de DM N = 42			
	noi		noia		noi		noia		noi		noia	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Buscar suport social	65.72	16.48	73.65	12.29	58.69	18.35	72.68	13.77	66.80	19.05	70.00	16.32
Concentrar-se en resoldre el problema	66.87	12.60	67.51	13.56	63.64	15.51	67.61	13.56	68.40	15.25	67.67	14.91
Esforçar-se i tenir èxit	68.00	13.54	66.25	10.77	68.25	16.07	66.19	13.77	64.40	16.05	62.38	16.72
Preocupar-se	68.41	14.53	74.44	11.98	65.89	18.30	72.10	12.58	72.00	15.08	75.13	14.43
Invertir en amics íntims	71.22	17.36	74.25	16.53	65.44	15.30	76.13	16.02	74.40	16.24	72.69	17.87
Buscar pertinença	71.35	14.16	74.51	11.74	68.19	13.81	74.71	12.41	75.20	16.42	77.88	15.21
Fer-se il·lusions	63.37	12.86	62.79	14.54	62.92	12.77	70.37	11.07	70.80	12.23	64.88	16.85
No afrontament/Falta d'afrontament	46.11	16.17	40.92	14.64	50.00	12.99	53.74	13.47	49.70	15.19	49.63	13.45
Reducció de la tensió	39.87	17.40	44.47	12.44	43.86	15.03	53.52	14.33	42.00	16.25	53.00	15.77
Acció social	46.12	18.04	38.12	11.31	41.48	13.22	47.26	15.59	47.67	16.12	39.95	15.49
Ignorar el problema	51.52	13.82	39.29	15.29	53.47	20.52	52.42	16.68	46.50	17.17	43.85	17.66
Autoinculpar-se	51.74	19.67	50.98	15.49	56.76	19.16	64.03	18.32	61.00	21.45	70.31	17.96
Reservar-ho per un mateix	56.20	14.91	51.35	14.32	59.17	17.24	58.82	16.57	57.50	13.79	62.03	17.08
Buscar suport espiritual	44.31	17.49	41.69	13.11	49.35	16.03	48.12	14.36	51.00	21.58	42.03	14.18
Fixar-se en la part positiva	66.59	14.80	68.02	15.44	65.37	18.11	64.03	18.89	67.00	17.03	61.41	18.02
Buscar suport professional	57.17	20.32	52.86	13.10	55.14	22.66	58.55	18.22	74.50	20.06	52.14	19.80
Buscar diversions relaxants	73.62	15.90	71.53	15.20	73.43	14.04	70.54	18.03	67.33	21.19	68.96	17.89
Distracció física	72.61	18.44	66.93	17.13	70.19	18.06	56.67	19.57	77.33	12.65	62.29	22.12

Taula 21.

Resultats de la MANOVA comparant les dimensions de l'ACS, el grup i el gènere.

Origen	Dimensions ACS	Tipo III de suma de quadrats	gl	Mitjana quadrática	F	Sig.
Grup	Buscar suport social	656.510	2	328.255	1.376	.255
	Concentrar-se en resoldre el problema	154.274	2	77.137	.394	.675
	Esforçar-se i tenir èxit	369.811	2	184.905	.952	.387
	Preocupar-se	487.594	2	243.797	1.192	.306
	Invertir en amics íntims	218.552	2	109.276	.395	.674
	Buscar perinència	541.531	2	270.765	1.492	.227
	Hacerse ilusiones	815.879	2	407.940	2.158	.118
	No afrontament/Falta d'afrontament	3082.702	2	1541.351	7.414	.001
	Reducció de la tensió	1948.073	2	974.036	4.360	.014
	Acció social	224.276	2	112.138	.520	.596
	Ignorar el problema	2584.236	2	1292.118	4.683	.010
	Autoinculpar-se	6376.696	2	3188.348	9.747	.000
	Reservar-ho per un mateix	1526.984	2	763.492	3.106	.047
	Buscar suport espiritual	1390.357	2	695.179	2.946	.055
	Fixar-se en la part positiva	391.866	2	195.933	.698	.499
	Buscar ajuda professional	1632.741	2	816.371	2.373	.096
	Buscar diversions relaxants	472.323	2	236.162	.889	.413
	Distracció física	1808.799	2	904.399	2.626	.075
Gènere	Buscar suport social	2755.954	1	2755.954	11.553	.001
	Concentrar-se en resoldre el problema	65.737	1	65.737	.336	.563
	Esforçar-se i tenir èxit	148.361	1	148.361	.764	.383
	Preocupar-se	1031.295	1	1031.295	5.041	.026
	Invertir en amics íntims	630.010	1	630.010	2.276	.133
	Buscar perinència	666.371	1	666.371	3.672	.057
	Hacerse ilusiones	3.926	1	3.926	.021	.886
	No afrontament/Falta d'afrontament	10.109	1	10.109	.049	.826

	Reducció de la tensió	2785.591	1	2785.591	12.468	.001
	Acció social	431.967	1	431.967	2.001	.159
	Ignorar el problema	1109.295	1	1109.295	4.021	.046
	Autoinculpar-se	1094.099	1	1094.099	3.345	.069
	Reservar-ho per un mateix	1.930	1	1.930	.008	.929
	Buscar suport espiritual	718.105	1	718.105	3.043	.083
	Fixar-se en la part positiva	132.645	1	132.645	.473	.493
	Buscar ajuda professional	2366.029	1	2366.029	6.878	.009
	Buscar diversions relaxants	49.090	1	49.090	.185	.668
	Distracció física	5121.136	1	5121.136	14.871	.000
Interacció Grup i Gènere	Buscar suport social	697.990	2	348.995	1.463	.234
	Concentrar-se en resoldre el problema	159.660	2	79.830	.408	.665
	Esforçar-se i tenir èxit	1.151	2	.576	.003	.997
	Preocupar-se	57.627	2	28.814	.141	.869
	Invertir en amics íntims	982.571	2	491.285	1.775	.172
	Buscar perinència	135.745	2	67.872	.374	.688
	Hacerse ilusiones	1120.936	2	560.468	2.964	.054
	No afrontament/Falta d'afrontament	834.796	2	417.398	2.008	.137
	Reducció de la tensió	390.680	2	195.340	.874	.419
	Acció social	2107.602	2	1053.801	4.882	.008
	Ignorar el problema	1461.524	2	730.762	2.649	.073
	Autoinculpar-se	976.347	2	488.173	1.492	.227
	Reservar-ho per un mateix	585.752	2	292.876	1.191	.306
	Buscar suport espiritual	326.593	2	163.296	.692	.502
	Fixar-se en la part positiva	307.512	2	153.756	.548	.579
	Buscar ajuda professional	3474.503	2	1737.251	5.050	.007
	Buscar diversions relaxants	111.320	2	55.660	.210	.811
	Distracció física	890.331	2	445.165	1.293	.277

Segons les dades obtingudes a la MANOVA, hi ha un efecte del grup (grup control, grup de risc sense diagnòstic de DM i grup de risc amb diagnòstic de DM) en “no afrontament”, “reducció de la tensió”, “ignorar el problema”, “autoinculpar-se” i “reservar-ho per si mateix”. Concretament, els dos grups de risc sense i amb diagnòstic de depressió major presenten puntuacions més altes en “no afrontament” (Scheffé, $p < .001$ i $p = .047$, respectivament), “reducció de la tensió” (Scheffé, $p = .046$ i $p = .016$, respectivament) i “autoinculpar-se” (Scheffé, $p = .008$ i $p < .001$, respectivament).

Tanmateix, els del grup de risc amb diagnòstic de depressió major presenten puntuacions més elevades en “reducció de la tensió” que els del grup de risc sense diagnòstic de depressió major (Scheffé, $p = .016$). Pel que fa a la dimensió “d’ignorar el problema”, els del grup de risc amb diagnòstic de depressió major presenten puntuacions més elevades que els del grup control (Scheffé, $p = .005$) i grup de risc sense diagnòstic de depressió major (Scheffé, $p = .036$). Els del grup de risc amb diagnòstic de depressió major puntuen més alt en “reservar-ho per si mateix” en comparació al grup control (Scheffé, $p = .031$).

En quan al gènere, té un efecte en “buscar suport social” ($p = .001$), “preocupar-se” ($p = .026$), “reducció de la tensió” ($p = .001$), “ignorar el problema” ($p = .046$), “buscar ajuda professional” ($p = .009$), i “distracció física” ($p < .001$). Concretament, les noies puntuen més alt que els nois en “buscar suport social”, “preocupar-se” i en “reducció de la tensió”, en canvi, puntuen més baix, en “ignorar el problema”, “buscar ajuda professional” i en “distracció física”.

Finalment, hi ha una interacció del grup i el gènere en “acció social” i “buscar ajuda professional”, on els nois del grup de risc amb diagnòstic de depressió major cerquen més l’ajut professional que les noies, mentre que les noies del grup de risc sense diagnòstic de depressió major utilitzen més “l’acció social” que no pas els altres grups.

7.2.6 Perfil temperamental dels adolescents diagnosticats de Depressió Major

En relació al perfil temperamental avaluat amb el qüestionari EATQ-R, a la dimensió “control de l’activació”, els casos diagnosticats de depressió major obtenen puntuacions més baixes en comparació amb el grup control (Scheffé $p = .026$). En canvi, en la dimensió “atenció”, els adolescents del grup control puntuen més alt que els del grup de risc sense diagnòstic de depressió major (Scheffé $p = .025$) i que els del grup amb diagnòstic de depressió major (Scheffé $p < .001$). En la dimensió “control inhibitori”, el grup control obté puntuacions més altes que les del grup diagnosticat de depressió major (Scheffé $p = .023$). Per últim, en la dimensió “frustració”, els del grup control obtenen puntuacions més baixes que els del grup de risc sense diagnòstic de depressió major (Scheffé $p = .022$) i amb diagnòstic de depressió major (Scheffé $p = .026$).

Pel que fa a les dimensions de segon ordre, les puntuacions obtingudes del “control voluntari” del grup diagnosticat de depressió major, són més baixes que les del grup control (Scheffé $p < .001$) i que les puntuacions del grup de risc sense diagnòstic de depressió major (Scheffé $p = .039$). Finalment, en la

dimensió de segon ordre “d’afecte negatiu”, les puntuacions obtingudes en el grup control són més baixes que les obtingudes en el grup de risc sense diagnòstic de depressió major (Scheffé $p = .022$) i amb diagnòstic de depressió major (Scheffé $p = .026$). (Taula 22).

Taula 22.

Mitjanes i desviació típica (entre parèntesi) de les dimensions del EATQ-R en funció del grup. General.

Dimensions EATQ-R	Grup Control	Grup de risc sense diagnòstic de DM	Grup de risc amb DM	F	p
	N = 109	N = 67	N = 42		
Control de l’activació	3.25 (.70)	3.17 (.80)	2.88 (.73)	3.71	.026
Afiliació	3.96 (.50)	3.95 (.72)	4.17 (.44)	2.26	ns
Nivell d’activitat	3.50 (.63)	3.49 (.75)	3.44 (.82)	.12	ns
Atenció	3.30 (.54)	3.06 (.55)	2.85 (.57)	10.97	<.001
Por	3.45 (.57)	3.30 (.90)	3.43 (.62)	1.01	ns
Control inhibitori	3.06 (.51)	3.00 (.57)	2.79 (.51)	3.88	.022
Sensibilitat plaentera	3.33 (.71)	3.21 (.92)	3.36 (.95)	.51	ns
Plaer d’alta intensitat	3.08 (.55)	2.93 (.69)	2.92 (.73)	1.56	ns
Sensibilitat perceptiva	3.47 (.68)	3.42 (.85)	3.63 (.71)	1.10	ns
Timidesa	3.10 (1.01)	2.97 (1.05)	3.14 (1.08)	.79	ns
Frustració	3.43 (.59)	3.69 (.61)	3.72 (.52)	5.82	.003
Dimensions de segon ordre					
Afiliació	3.59 (.46)	3.53 (.65)	3.72 (.51)	1.61	ns
Afecte negatiu	3.43 (.59)	3.69 (.61)	3.72 (.52)	5.82	.003
Afecte positiu	3.01 (.48)	2.96 (.56)	2.86 (.53)	1.26	ns
Control voluntari	3.23 (.39)	3.10 (.40)	2.90 (.41)	10.81	<.001

7.2.6.1 Perfil temperamental segons grup i gènere

A continuació es mostren les mitjanes i les desviacions típiques de les dimensions de l’EATQ-R en funció del grup i el gènere (Taula 23) i els resultats de la MANOVA (Taula 24).

Taula 23.

Mitjanes i desviació típica de les dimensions de l'EATQ-R en funció del grup i del gènere.

Dimensions EATQ-R	Grup control N = 109				Grup de risc sense diagnòstic de DM N = 67				Grup de risc amb diagnòstic de DM N = 42			
	noi		noia		noi		noia		noi		noia	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Control de l'activació	3.22	.64	3.28	.75	3.11	.76	3.23	.84	3.03	.76	2.83	.72
Afiliació	3.71	.54	4.14	.39	3.63	.81	4.29	.39	4.13	.44	4.18	.45
Nivell d'activitat	3.72	.62	3.35	.60	3.68	.77	3.27	.67	3.97	.49	3.26	.84
Atenció	3.30	.54	3.30	.54	3.07	.59	3.05	.52	2.69	.77	2.90	.49
Por	3.20	.55	3.63	.52	2.99	1.01	3.62	.61	3.13	.68	3.53	.57
Control inhibitori	3.07	.55	3.06	.49	3.07	.62	2.94	.52	2.70	.51	2.82	.52
Sensibilitat plaentera	3.16	.76	3.46	.65	3.16	.94	3.27	.91	3.09	.95	3.45	.95
Plaer d'alta intensitat	3.22	.48	2.97	.58	3.13	.63	2.71	.70	3.14	.58	2.84	.76
Sensibilitat perceptiva	3.39	.69	3.52	.67	3.26	.82	3.58	.87	3.79	.61	3.58	.74
Timidesa	3.00	.73	3.08	.72	2.95	.70	3.05	.83	3.16	.86	3.20	.90
Frustració	3.47	.63	3.40	.57	3.56	.61	3.84	.60	3.93	.58	3.65	.49

Taula 24.

Resultats de la MANOVA comparant les dimensions de l'EATQ-R, el grup i el gènere.

Origen	Dimensions EATQ-R	Tipo III de suma de quadrats	gl	Mitjana quadràtica	F	Sig.
Grup	Control activació	2.323	2	1.162	2.132	.121
	Nivell d'activitat	.364	2	.182	.398	.672
	Atenció	6.687	2	3.344	11.079	.000
	Por	.506	2	.253	.604	.547
	Control inhibitori	2.134	2	1.067	3.771	.025
	Sensibilitat plaentera	.342	2	.171	.255	.775
	Plaer d'alta intensitat	1.240	2	.620	1.637	.197
	Sensibilitat perceptiva	1.529	2	.764	1.406	.248
	Timidesa	.657	2	.328	.555	.575
	Frustració	4.410	2	2.205	6.492	.002
Gènere	Control activació	.002	1	.002	.003	.958
	Nivell d'activitat	9.153	1	9.153	20.016	.000
	Atenció	.162	1	.162	.538	.464
	Por	8.776	1	8.776	20.953	.000
	Control inhibitori	.001	1	.001	.004	.952
	Sensibilitat plaentera	2.465	1	2.465	3.668	.057
	Plaer d'alta intensitat	3.860	1	3.860	10.195	.002
	Sensibilitat perceptiva	.236	1	.236	.433	.511
	Timidesa	.210	1	.210	.355	.552
	Frustració	.031	1	.031	.090	.764
Interacció Grup i Gènere	Control activació	.528	2	.264	.484	.617
	Nivell d'activitat	.671	2	.335	.734	.482
	Atenció	.330	2	.165	.546	.580
	Por	.443	2	.221	.529	.590
	Control inhibitori	.307	2	.153	.542	.583
	Sensibilitat plaentera	.409	2	.205	.305	.738
	Plaer d'alta intensitat	.282	2	.141	.372	.690
	Sensibilitat perceptiva	1.394	2	.697	1.282	.280
	Timidesa	.017	2	.009	.015	.986
	Frustració	1.811	2	.905	2.666	.072

Segons les dades obtingudes a la MANOVA, hi ha un efecte del grup (grup control, grup de risc sense diagnòstic de DM i grup de risc amb diagnòstic de DM) en *“atenció”*, *“control inhibitori”* i *“frustració”*. Concretament, els dos grups de risc sense i amb diagnòstic de depressió major presenten puntuacions més baixes en *“atenció”* (Scheffé, $p = .025$ i $p < .001$, respectivament) i més altes en *“frustració”* (Scheffé, $p = .021$ i $p = .025$, respectivament). El grup de risc amb diagnòstic de depressió major presenta puntuacions més baixes que el grup control i que el grup de risc sense diagnòstic de depressió major en *“control inhibitori”* (Scheffé, $p = .024$).

Tanmateix, els del grup de risc amb depressió major presenten puntuacions més baixes en *“atenció”* que els del grup de risc sense diagnòstic de depressió major (Scheffé, $p < .001$). Pel que fa a la dimensió *“frustració”*, els del grup de risc sense diagnòstic de depressió major presenten puntuacions més baixes que els del grup de risc amb diagnòstic de depressió major (Scheffé, $p = .021$).

En quan al gènere, té un efecte en *“nivell d’activitat”* ($p < .001$), *“por”* ($p < .001$) i *“plaer d’alta intensitat”* ($p = .002$). Concretament, els nois puntuen més alt que les noies en *“nivell d’activitat”* i *“plaer d’alta intensitat”*, en canvi, puntuen més baix que les noies en la dimensió *“por”*.

Per últim, podem dir que no existeix interacció del grup amb el gènere en cap de les dimensions de l’EATQ-R.

7.2.7 Nivell de benestar personal dels adolescents amb diagnòstic de Depressió Major

Si analitzem el nivell de benestar personal dels adolescents en funció del grup al qual estan classificats, veiem que a excepció dels dominis *“amb el teu nivell de vida”*, *“amb com et diverteixes”* i *“amb la teva religió”*, s’observen diferències estadísticament significatives en el grau de satisfacció dels àmbits o dominis estudiats.

En el domini *“amb la seguretat pel teu futur”* els adolescents amb diagnòstic de depressió major són els que es diferencien dels altres dos grups (grup de risc sense diagnòstic de depressió major i del grup control) amb puntuacions més baixes (Scheffé $p = .005$ i $p < .001$, respectivament). El mateix s’observa amb el domini *“amb la teva família”* (Scheffé $p = .022$ i $p = .003$, respectivament) i *“amb tu mateix/a”* (Scheffé $p = .017$ i $p < .001$, respectivament), (Taula 25).

Taula 25.

Mitjanes i desviació típica (entre parèntesi) dels dominis de la PWI en funció del grup. General.

Dominis PWI	Grup Control	Grup de risc sense diagnòstic de DM	Grup de risc amb DM	F	p
	N = 109	N = 67	N = 42		
Amb la teva salut	8.26 (1.59)	7.78 (1.90)	7.05 (2.57)	11.75	.001
Amb el teu nivell de vida	8.00 (1.63)	7.59 (1.98)	7.40 (2.01)	3.46	ns
Amb les coses que has assolit a la vida	7.67 (1.76)	7.24 (1.89)	6.82 (2.22)	5.84	.017
Amb el segur/a que et sents	7.67 (1.77)	7.02 (2.59)	6.50 (3.11)	7.99	.005
Amb els grups de gent dels quals formes part	8.75 (1.47)	8.04 (2.27)	7.95 (2.40)	5.85	.017
Amb la seguretat pel teu futur	7.52 (1.85)	7.23 (2.34)	5.70 (2.91)	20.13	<.001
Amb les teves relacions amb les altres persones	8.33 (1.45)	7.69 (2.06)	7.37 (2.61)	7.84	.006
Amb la teva espiritualitat	7.38 (2.38)	6.40 (2.85)	5.95 (2.71)	9.70	.002
Amb els teus resultats acadèmics	6.50 (2.17)	5.86 (2.63)	5.02 (3.12)	10.44	.002
Amb les coses que aprens	7.58 (1.69)	7.12 (2.12)	6.83 (1.96)	5.32	.023
Amb com utilitzes el temps	7.57 (1.86)	6.72 (2.64)	6.40 (2.67)	8.86	.003
Amb com et diverteixes	8.90 (1.34)	8.53 (1.77)	8.37 (2.12)	3.15	ns
Amb com et prepares pel futur	7.39 (2.02)	6.83 (2.53)	6.03 (2.76)	10.67	.001
Amb la teva família	8.72 (1.81)	8.58 (1.91)	7.38 (2.90)	11.34	.001
Amb els teus amics	9.04 (1.17)	8.28 (2.02)	8.08 (2.28)	11.18	.001
Amb els esports que practiques	8.05 (2.21)	6.90 (3.15)	6.82 (3.48)	6.26	.013
Amb el teu cos	6.98 (2.29)	6.16 (3.07)	5.08 (3.60)	14.35	<.001
Amb la teva vida d'estudiant	7.04 (2.01)	5.82 (3.01)	5.46 (2.85)	13.85	<.001
Amb el teu temps lliure	8.19 (1.81)	7.42 (2.59)	7.20 (2.69)	6.54	.012
Amb la teva religió	6.58 (3.42)	6.58 (3.43)	5.95 (3.69)	.93	ns
Amb tu mateix/a	8.31 (1.78)	7.63 (2.49)	6.28 (3.07)	24.77	<.001
Amb tota la teva vida, considerada globalment	8.52 (1.31)	7.53 (2.09)	7.20 (2.32)	18.91	<.001

7.2.7.1 Nivell global de benestar personal segons grup i gènere

Si considerem la puntuació global de la PWI, els adolescents diagnosticats de depressió major puntuen més baix en comparació amb els joves del grup control (Scheffé $p < .001$).

Per gènere, aquesta diferència només és significativa en el cas de les noies (Scheffé $p = .006$) (Taula 26).

Taula 26.

Mitjanes i desviació típica (entre parèntesi) de la puntuació global de la PWI en funció del grup i el gènere.

Puntuacions PWI	Grup Control	Grup de risc sense diagnòstic de DM	Grup de risc amb DM	F	p
	N = 109	N = 67	N = 42		
General	80.3 (10.23)	75.17 (14.89)	69.71 (19.05)	8.93	<.001
Nois	81.9 (10.16)	77.1 (13.40)	74.1 (17.03)	2.31	ns
Noies	79.1 (10.21)	73.2 (16.30)	68.2 (19.73)	5.64	.005

Pel que fa als adolescents no nascuts a Espanya i amb diagnòstic de depressió major, s'observa que obtenen una puntuació similar als que comparteixen el mateix diagnòstic i que han nascut a Espanya (U de Mann-Whitney = 133, *ns*). Concretament, la mitjana dels nascuts fora d'Espanya és de 71.43 i en els nascuts a Espanya de 69.22.

A continuació es mostren les mitjanes i les desviacions típiques dels dominis del PWI en funció del grup i en funció del gènere (Taula 27) i els resultats de la MANOVA comparant els dominis del PWI, el grup i el gènere (Taula 28).

Taula 27.
Mitjanes i desviació típica dels dominis del PWI en funció del grup i del gènere.

Dominis PWI	Grup control N = 109				Grup de risc sense diagnòstic de DM N = 67				Grup de risc amb diagnòstic de DM N = 42			
	noi		noia		noi		noia		noi		noia	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Amb la teva salut	8.56	1.55	8.05	1.61	8.03	1.77	7.50	2.03	7.60	2.22	6.87	2.69
Amb el teu nivell de vida	8.18	1.61	7.87	1.64	7.97	1.69	7.18	2.21	7.70	1.89	7.30	2.07
Amb les coses que has assolit a la vida	7.64	1.85	7.69	1.70	7.40	1.94	7.07	1.84	6.70	2.06	6.87	2.30
Amb el segur o segura que et sents	8.25	1.37	7.25	1.92	7.90	2.16	6.07	2.72	8.20	2.20	5.93	3.19
Amb els grups de gent dels quals formes part	8.78	1.20	8.72	1.65	7.83	2.44	8.25	2.10	8.40	1.84	7.80	2.57
Amb la seguretat pel teu futur	7.68	1.65	7.41	1.98	7.38	2.21	7.07	2.50	6.30	2.67	5.50	3.00
Amb les teves relacions amb les altres persones	8.18	1.68	8.44	1.26	7.60	1.96	7.79	2.20	7.00	3.16	7.50	2.45
Amb la teva espiritualitat	7.55	2.43	7.26	2.36	6.97	3.02	5.78	2.55	6.70	1.70	5.70	2.95
Amb els teus resultats acadèmics	6.40	2.51	6.57	1.89	6.40	2.55	5.29	2.62	3.60	3.47	5.50	2.90
Amb les coses que aprens	7.73	1.78	7.47	1.62	7.33	1.94	6.89	2.31	6.70	1.83	6.87	2.03
Amb com utilitzes el temps	7.89	1.78	7.34	1.90	7.17	2.54	6.25	2.70	6.90	3.21	6.23	2.50
Amb com et diverteixes	8.78	1.41	8.98	1.29	8.67	1.81	8.39	1.75	9.20	1.14	8.10	2.31
Amb com et prepares pel futur	7.13	2.11	7.58	1.95	7.17	2.41	6.46	2.65	6.80	2.39	5.76	2.86
Amb la teva família	8.89	1.39	8.60	2.06	8.87	1.74	8.26	2.07	8.20	2.20	7.10	3.08
Amb els teus amics	9.13	1.08	8.97	1.24	8.20	2.07	8.36	1.99	8.80	1.40	7.83	2.48
Amb els esports que practiques	8.88	1.66	7.46	2.36	8.00	2.96	5.71	2.95	7.60	3.53	6.55	3.48
Amb el teu cos	7.69	2.07	6.46	2.33	6.70	2.89	5.57	3.20	6.60	3.20	4.57	3.64

Amb la teva vida d'estudiant	7.24	2.04	6.89	1.99	6.21	2.94	5.43	3.08	5.00	3.54	5.60	2.66
Amb el teu temps lliure	8.02	1.91	8.31	1.73	7.27	2.42	7.59	2.80	6.50	3.03	7.43	2.58
Amb la teva religió	6.20	3.77	6.85	3.15	6.87	3.34	6.26	3.57	5.80	4.26	6.00	3.56
Amb tu mateix/a	8.49	1.85	8.18	1.73	8.43	1.59	6.74	2.99	7.20	2.53	5.97	3.21
Amb tota la teva vida, considerada globalment	8.49	1.46	8.55	1.20	8.00	1.68	7.00	2.39	7.00	2.11	7.27	2.42
Personal Wellbeing Index (*10)	81.93	10.16	79.09	10.21	77.09	13.40	73.17	16.30	74.14	17.03	68.24	19.73

Taula 28.
Resultats de la MANOVA comparant els dominis del PWI, el grup i el gènere.

Origen	Dominis PWI	Tipo III de suma de quadrats	gl	Mitjana quadràtica	F	Sig.
Grup	Amb la teva salut	34.710	2	17.355	4.918	.008
	Amb el teu nivell de vida	14.165	2	7.083	2.187	.115
	Amb les coses que has assolit a la vida	21.960	2	10.980	3.002	.052
	Amb el segur o segura que et sents	15.889	2	7.944	1.638	.197
	Amb els grups de gent dels quals formes part	13.357	2	6.678	1.821	.165
	Amb la seguretat pel teu futur	72.229	2	36.115	7.081	.001
	Amb les teves relacions amb les altres persones	38.598	2	19.299	5.453	.005
	Amb la teva espiritualitat	41.404	2	20.702	3.199	.043
	Amb els teus resultats acadèmics	118.717	2	59.359	10.166	.000
	Amb les coses que aprens	29.038	2	14.519	4.319	.015
	Amb com utilitzes el temps	51.422	2	25.711	5.180	.007
	Amb com et diverteixes	5.676	2	2.838	1.098	.336
	Amb com et prepares pel futur	33.440	2	16.720	3.051	.050
	Amb la teva família	23.905	2	11.953	2.575	.079
	Amb els teus amics	23.883	2	11.942	3.924	.022
	Amb els esports que practiques	64.153	2	32.077	4.554	.012
	Amb el teu cos	79.010	2	39.505	5.292	.006
	Amb la teva vida d'estudiant	99.595	2	49.798	8.083	.000
	Amb el teu temps lliure	24.575	2	12.287	2.557	.080
	Amb la teva religió	20.560	2	10.280	.849	.430
Amb tu mateix/a	66.882	2	33.441	6.807	.001	
Amb tota la teva vida, considerada globalment	56.107	2	28.053	9.039	.000	
Gènere	Amb la teva salut	6.749	1	6.749	1.913	.168
	Amb el teu nivell de vida	15.203	1	15.203	4.694	.032
	Amb les coses que has assolit a la vida	.187	1	.187	.051	.821
	Amb el segur o segura que et sents	82.285	1	82.285	16.967	.000
	Amb els grups de gent dels quals formes part	.115	1	.115	.031	.860
	Amb la seguretat pel teu futur	11.074	1	11.074	2.171	.142
	Amb les teves relacions amb les altres persones	5.144	1	5.144	1.453	.230
	Amb la teva espiritualitat	9.830	1	9.830	1.519	.219
	Amb els teus resultats acadèmics	3.551	1	3.551	.608	.437
	Amb les coses que aprens	1.594	1	1.594	.474	.492

	Amb com utilitzes el temps	10.002	1	10.002	2.015	.158
	Amb com et diverteixes	8.187	1	8.187	3.167	.077
	Amb com et prepares pel futur	16.212	1	16.212	2.958	.087
	Amb la teva família	22.048	1	22.048	4.751	.031
	Amb els teus amics	3.935	1	3.935	1.293	.257
	Amb els esports que practiques	82.162	1	82.162	11.665	.001
	Amb el teu cos	80.496	1	80.496	10.784	.001
	Amb la teva vida d'estudiant	5.573	1	5.573	.905	.343
	Amb el teu temps lliure	7.225	1	7.225	1.504	.222
	Amb la teva religió	1.657	1	1.657	.137	.712
	Amb tu mateix/a	39.913	1	39.913	8.124	.005
	Amb tota la teva vida, considerada globalment	2.127	1	2.127	.685	.409
Interacció Grup i Gènere	Amb la teva salut	.132	2	.066	.019	.981
	Amb el teu nivell de vida	2.593	2	1.296	.400	.671
	Amb les coses que has assolit a la vida	1.985	2	.992	.271	.763
	Amb el segur o segura que et sents	6.720	2	3.360	.693	.502
	Amb els grups de gent dels quals formes part	3.894	2	1.947	.531	.589
	Amb la seguretat pel teu futur	4.386	2	2.193	.430	.651
	Amb les teves relacions amb les altres persones	4.033	2	2.017	.570	.567
	Amb la teva espiritualitat	11.765	2	5.883	.909	.405
	Amb els teus resultats acadèmics	65.614	2	32.807	5.619	.004
	Amb les coses que aprens	9.128	2	4.564	1.358	.260
	Amb com utilitzes el temps	.386	2	.193	.039	.962
	Amb com et diverteixes	8.237	2	4.119	1.593	.206
	Amb com et prepares pel futur	25.167	2	12.584	2.296	.104
	Amb la teva família	2.998	2	1.499	.323	.724
	Amb els teus amics	4.417	2	2.209	.726	.485
	Amb els esports que practiques	7.451	2	3.726	.529	.590
	Amb el teu cos	5.341	2	2.670	.358	.700
	Amb la teva vida d'estudiant	14.913	2	7.457	1.210	.301
	Amb el teu temps lliure	.600	2	.300	.062	.939
	Amb la teva religió	4.277	2	2.138	.177	.838
	Amb tu mateix/a	17.523	2	8.761	1.783	.171
	Amb tota la teva vida, considerada globalment	5.095	2	2.547	.821	.442

Segons les dades obtingudes a la MANOVA, hi ha un efecte del grup (grup control, grup de risc sense diagnòstic de DM i grup de risc amb diagnòstic de DM) en *“amb la teva salut”*, *“amb la seguretat pel teu futur”*, *“amb les teves relacions amb les altres persones”*, *“amb la teva espiritualitat”*, *“amb els teus resultats acadèmics”*, *“amb les coses que aprens”*, *“amb com utilitzes el temps”*, *“amb com et prepares pel futur”*, *“amb els teus amics”*, *“amb els esports que practiques”*, *“amb el teu cos”*, *“amb la teva vida d'estudiant”*, *“amb tu mateix/a”* i *“amb tota la teva vida, considerada globalment”*. Concretament, els dos grups de risc sense i amb diagnòstic de depressió major presenten puntuacions més baixes que el grup control en *“amb els teus amics”* (Scheffé, $p = .044$ i $p = .025$, respectivament), *“amb la teva vida d'estudiant”* (Scheffé, $p = .025$ i $p = .002$, respectivament) i *“amb tota la teva vida, considerada globalment”* (Scheffé, $p = .006$ i $p = .002$, respectivament).

Tanmateix, els del grup de risc amb diagnòstic de depressió major presenten puntuacions més baixes que els del grup control i que els del grup de risc sense diagnòstic de depressió major en els dominis *“amb la teva salut”* (Scheffé, $p = .002$), *“amb les teves relacions amb les altres persones”* (Scheffé, $p = .035$), *“amb la teva espiritualitat”* (Scheffé, $p = .036$), *“amb els teus resultats acadèmics”* (Scheffé, $p = .001$), *“amb les coses que aprens”* (Scheffé, $p = .024$), *“amb com utilitzes el temps”* (Scheffé, $p = .005$), *“amb com et prepares pel futur”* (Scheffé, $p = .008$), *“amb el teu cos”* (Scheffé, $p < .001$) i *“amb tu mateix/a”* (Scheffé, $p < .001$). En el domini *“amb els esports que practiques”*, els del grup de risc sense diagnòstic de depressió major puntuen més baix que el grup control i més alt que els del grup de risc amb diagnòstic de depressió major (Scheffé, $p = .049$). En canvi, en el domini *“amb la seguretat pel teu futur”*, els del grup de risc amb diagnòstic de depressió major presenten puntuacions més baixes que el grup control i el grup de risc sense diagnòstic de depressió major (Scheffé, $p < .001$ i $p = .009$, respectivament).

En quan al gènere, té un efecte en *“amb el teu nivell de vida”* ($p = .032$), *“amb el segur/a que et sents”* ($p < .001$), *“amb la teva família”* ($p = .031$), *“amb els esports que practiques”* ($p = .001$), *“amb el teu cos”* ($p = .001$), i *“amb tu mateix/a”* ($p = .005$). Concretament, els nois puntuen més alt que les noies en tots els dominis esmentats. Finalment, hi ha una interacció del grup i el gènere en el domini *“amb els teus resultats acadèmics”* ($p = .004$), en què els nois del grup de risc amb diagnòstic de depressió major es senten més insatisfets amb els seus resultats acadèmics que les noies del seu mateix grup.

7.2.8 Variables predictores de la Depressió Major

En primer lloc, s'ha realitzat un anàlisi discriminant amb totes les variables estudiades. S'ha utilitzat el mètode d'inclusió per passes en què en cada pas s'introdueix la variable que minimitza la lambda de Wilks global (Taula 29 i Taula 30).

Taula 29.

Variables introduïdes a cada pas i estadístics.

Pas	Introduïdes	Lambda de Wilks							
		Estadístic	gl1	gl2	gl3	F exacta			Sig.
						Estadístic	gl1	gl2	
1	Autoinculpar-se	.840	1	2	175.000	16.653	2	175.000	.000
2	Atenció	.774	2	2	175.000	11.861	4	348.000	.000
3	Seguretat pel teu futur	.731	3	2	175.000	9.778	6	346.000	.000
4	Ignorar el problema	.693	4	2	175.000	8.659	8	344.000	.000

a. Classificats correctament el 60.7% dels casos agrupats originals.

Taula 30.

Variables introduïdes a cada pas i estadístics de tolerància, F i Lambda de Wilks.

Pas		Tolerància	F per sortir	Lambda de Wilks
1	Autoinculpar-se	1.000	16.653	
2	Autoinculpar-se	.957	10.153	.865
	Atenció	.957	7.377	.840
3	Autoinculpar-se	.913	7.551	.795
	Atenció	.956	6.599	.787
	Amb la seguretat pel teu futur	.949	5.133	.774
4	Autoinculpar-se	.900	6.872	.748
	Atenció	.926	6.860	.748
	Amb la seguretat pel teu futur	.947	4.768	.731
	Ignorar el problema	.945	4.743	.731

Pas	Nº de variables	Lambda de Wilks							
		Lambda	gl1	gl2	gl3	F exacta			Sig.
						Estadístic	gl1	gl2	
1	1	.840	1	2	175	16.653	2	175.000	.000
2	2	.774	2	2	175	11.861	4	348.000	.000
3	3	.731	3	2	175	9.778	6	346.000	.000
4	4	.693	4	2	175	8.659	8	344.000	.000

Funció	Autovalor	% Variancia	% Acumulat	Correlació canònica
1	.332 ^a	79.9	79.9	.499
2	.083 ^a	20.1	100.0	.278

a. S'han utilitzat les 2 primeres funcions discreiminants canòniques a l'anàlisi.

Contrast de les funcions	Lambda de Wilks	Xi-quadrat	gl	Sig.
1	.693	63.662	8	.000
2	.923	13.913	3	.003

Les variables predictores que entren en l'equació són les escales "d'ignorar el problema" i "autoinculpar-se" de l'escala ACS, el nivell de satisfacció en el domini de la PWI "amb la seguretat pel teu futur" i la dimensió de temperament "atenció" de la EATQ-R.

El model aconsegueix classificar correctament el 60.7% dels adolescents (Taula 31 i Taula 32).

Taula 31.

Coeficients estandaritzats de les funcions discriminants canòniques.

Variables	Funció	
	1	2
Ignorar el problema	.051	.842
Autoinculpar-se	-.537	.365
Amb la seguretat pel teu futur	.408	.427
Atenció	.553	.216

Taula 32.

Variables predictores que entren en l'equació.

Grup d'estudi		Grup de pertinença pronosticat			Total
		Grup Control N = 109	Grup de risc sense diagnòstic de DM N = 67	Grup de risc amb diagnòstic de DM N = 42	
Original	Recompte				
	Grup control	90	11	4	105
	Grup de risc sense diagnòstic de DM	34	14	8	56
	Grup de risc amb diagnòstic de DM	17	5	18	40
%					
	Grup control	85.7	10.5	3.8	100.0
	Grup de risc sense diagnòstic de DM	60.7	25.0	14.3	100.0
	Grup de risc amb diagnòstic de DM	42.5	12.5	45.0	100.0

7.2.8.1 Variables predictores de la Depressió Major segons el gènere

Si es realitza un segon anàlisi discriminant diferenciant entre nois i noies, els resultats són diferents.

En el cas dels nois, les variables que entren en l'equació són l'edat, la satisfacció en el domini de la PWI "amb els teus resultats acadèmics" i l'escala "d'atenció" de la EATQ-R.

Aquest model classifica correctament el 63.5% dels adolescents (Taula 33 i Taula 34).

Taula 33.

Variables introduïdes a cada pas i estadístics. Nois.

Pas	Introduïdes	Estadístic	Lambda de Wilks			F exacta			Sig.
			gl1	gl2	gl3	Estadístic	gl1	gl2	
1	Atenció (EATQ-R)	.812	1	2	73.000	8.448	2	73.000	.001
2	Edat	.725	2	2	73.000	6.269	4	144.000	.000
3	Amb els teus resultats acadèmics (PWI)	.652	3	2	73.000	5.645	6	142.000	.000

Taula 34.

Variables introduïdes a cada pas i estadístics de tolerància, F i Lambda de Wilks.

Pas		Tolerància	F per sortir	Lambda de Wilks
1	Atenció (EATQ-R)	1.000	8.448	
2	Atenció (EATQ-R)	.995	7.242	.871
	Edat	.995	4.302	.812
3	Atenció (EATQ-R)	.907	4.312	.731
	Edat	.988	4.507	.735
	Amb els teus resultats acadèmics (PWI)	.908	3.999	.725

En el cas de noies, les variables que entren en l'equació són l'escala "d'autoinculpar-se" de l'ACS i les escales de "frustració" i "plaer d'alta intensitat" de la EATQ-R.

El model classifica correctament el 65% de les noies adolescents (Taula 35 i Taula 36).

Taula 35.

Variables introduïdes a cada pas i estadístics. Noies.

Pas	Introduïdes	Estadístic	Lambda de Wilks			F exacta			Sig.
			gl1	gl2	gl3	Estadístic	gl1	gl2	
1	Autoinculpar-se (ACS)	.737	1	2	99.000	17.646	2	99.000	.000
2	Frustració (EATQ-R)	.666	2	2	99.000	11.029	4	196.000	.000
3	Plaer d'alta intensitat (EATQ-R versió llarga sense ítems 2,8,27,29 i 103)	.617	3	2	99.000	8.839	6	194.000	.000

A cada pas s'introdueix la variable que minimitza la lambda de Wilks global.

El nº màxim de passos és 104.

La F parcial mínima per entrar és 3.84.

La F parcial màxima per sortir és 2.71.

El nivell de F, la tolerància o el VIN són insuficients per a continuar els càlculs.

Taula 36.

Variables introduïdes a cada pas i estadístics de tolerància, F i Lambda de Wilks.

Pas		Tolerància	F per sortir	Lambda de Wilks
1	Autoinculpar-se (ACS)	1.000	17.646	
2	Autoinculpar-se (ACS)	.999	16.329	.888
	Frustració (EATQ-R)	.999	5.215	.737
3	Autoinculpar-se (ACS)	.965	18.162	.8.48
	Frustració (EATQ-R)	.982	5.996	.693
	Plaer d'alta intensitat (EATQ-R versió llarga sense ítems 2,8,27,29 i 103)	.951	3.899	.666

7.2.9 Model explicatiu de la simptomatologia depressiva en adolescents

Finalment, considerant els resultats obtinguts anteriorment i mitjançant la tècnica multivariant de model d'equacions estructurals (SEM), s'ha intentat trobar aquell model que millor s'ajusta a les dades i que permeti expressar les relacions entre les variables que han entrat en les equacions de l'anàlisi discriminant i la simptomatologia depressiva.

7.2.9.1 Model amb valors estandaritzats i càrregues restringides. General

Si ens basem en la simptomatologia del diagnòstic de l'YI-4 per a la depressió major a nivell general, es pot observar que les variables que millor s'ajusten al model explicatiu de la simptomatologia depressiva són la dimensió "atenció" del EATQ-R i les estratègies "ignorar el problema" i "autoinculpar-se" de la ACS, i la satisfacció sobre la "seguretat pel teu futur" de la PWI (Taula 37 i veure Figura 13).

Concretament, "l'atenció" correlaciona negativament amb la simptomatologia depressiva i amb "ignorar el problema", que alhora actua com a variable moduladora. És a dir, "l'atenció" té un efecte directe sobre la simptomatologia depressiva i "ignorar el problema" també, però aquest ve explicat per l'efecte de "l'atenció". D'altra banda, "autoinculpar-se" correlaciona positivament de manera directa sobre la simptomatologia depressiva. En canvi, la satisfacció sobre la "seguretat pel teu futur" no té relació directa amb la simptomatologia depressiva.

Taula 37.

Model d'equacions estructurals amb les variables atenció, ignorar el problema i autoinculpar-se. General.

χ^2	df	p	χ^2/df	CFI	RMSEA
126.40	80	<.001	1.58	.92	.052 (.034 - .068)

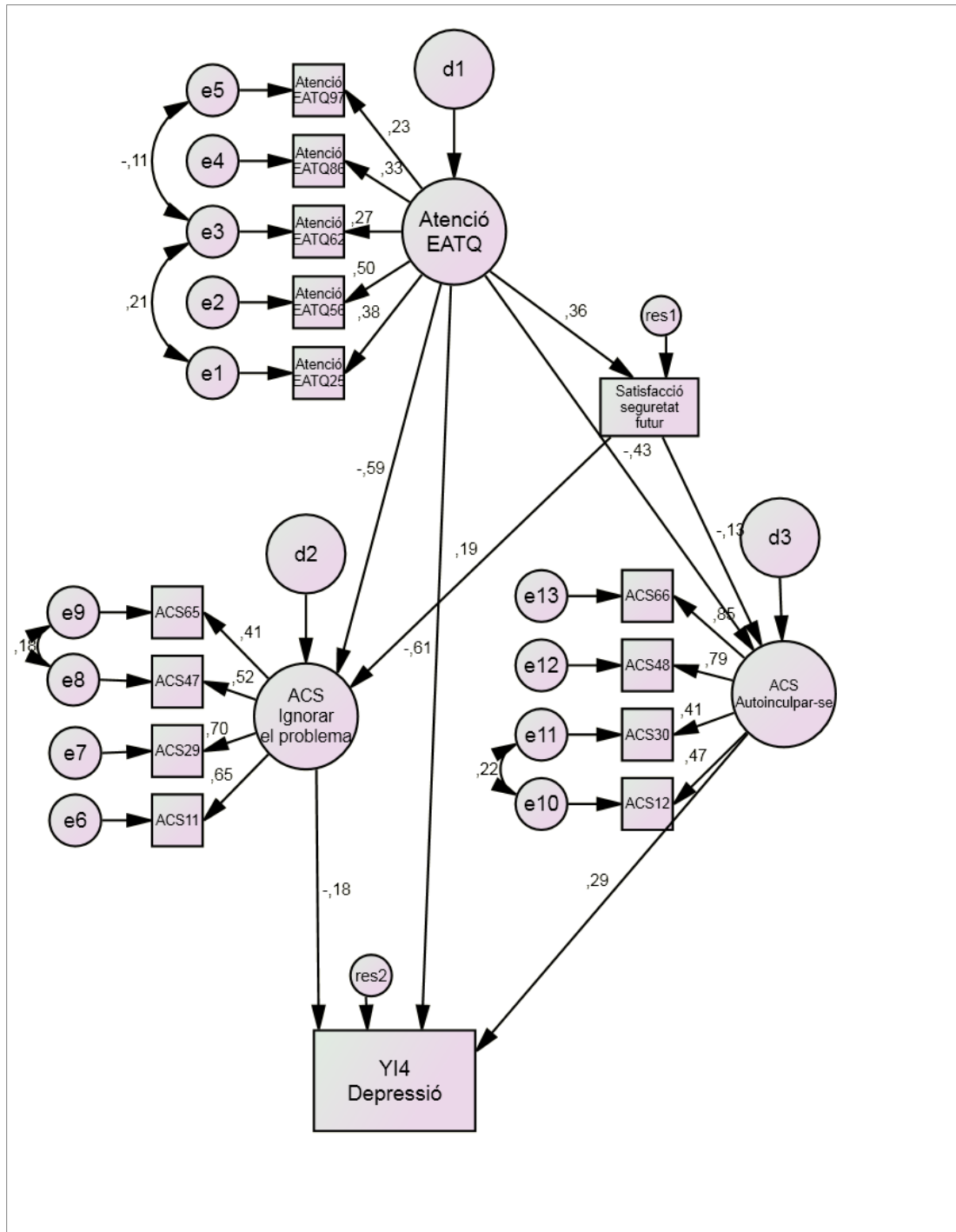


Figura 13. Model predictiu amb valors estandaritzats i càrregues restringides mb les variables atenció, ignorar el problema i autoinculpar-se. General.

7.2.9.2 Model multigrup segons gènere, amb valors estandaritzats i càrregues restringides.

Nois

A continuació, trobem a la Taula 38 i a la Figura 14 el model explicatiu de la simptomatologia de la depressió pels nois considerant el model general anterior, on es pot observar que les variables que millor s'ajusten al model explicatiu de la simptomatologia depressiva són la dimensió "atenció" del EATQ-R i les estratègies "ignorar el problema" i "autoinculpar-se" de l'ACS.

Concretament, "l'atenció" correlaciona negativament però de forma directa amb la simptomatologia depressiva, igual que "ignorar el problema". Per altra banda, "autoinculpar-se" correlaciona positivament amb la simptomatologia depressiva.

No obstant, els indicadors d'ajustament estan per sota dels valors mínims per considerar un ajustament acceptable o un bon ajustament.

Taula 38.

Model multigrup d'equacions estructurals amb les variables atenció, ignorar el problema i autoinculpar-se. Nois.

χ^2	df	p	χ^2/df	CFI	RMSEA
105.44	59	<.001	1.79	.83	.093 (.063 - .121)

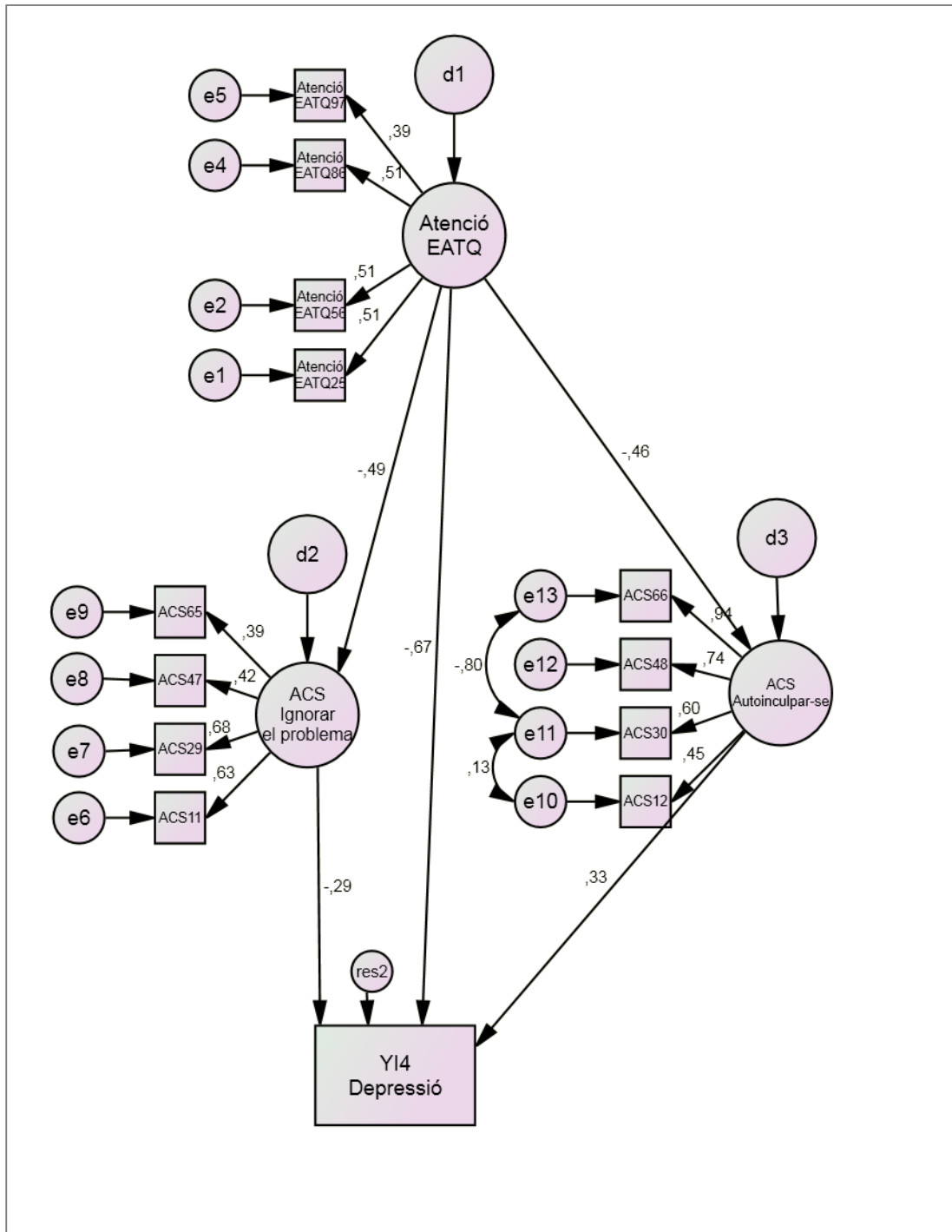


Figura 14. Model multigrup predictiu amb valors estandaritzats i càrregues restringides amb les variables atenció, ignorar el problema i autoinculpar-se. Nois.

A continuació mostrem el model explicatiu pels nois considerant els resultats de l'anàlisi discriminant quan només es seleccionen els nois (Taula 39 i Figura 15). Aquest model s'ajusta millor quan s'afegeix la variable edat (CFI = 1.0 i RMSEA = .093).

Concretament, trobem que "l'atenció" correlaciona negativament de forma directa sobre la simptomatologia depressiva. D'altra banda, la variable "edat" té un efecte directe sobre "l'atenció", que alhora actua sobre la simptomatologia depressiva. D'altra banda, "l'atenció" té un efecte directe amb la satisfacció "amb els teus resultats acadèmics", els quals aquests últims no tenen cap relació amb la simptomatologia depressiva.

Taula 39.

Model multigrup d'equacions estructurals amb les variables edat, atenció i satisfacció amb els resultats acadèmics. Nois.

χ^2	df	p	χ^2/df	CFI	RMSEA
16.84	20	.664	.842	1.0	.000 (.000 - .074)

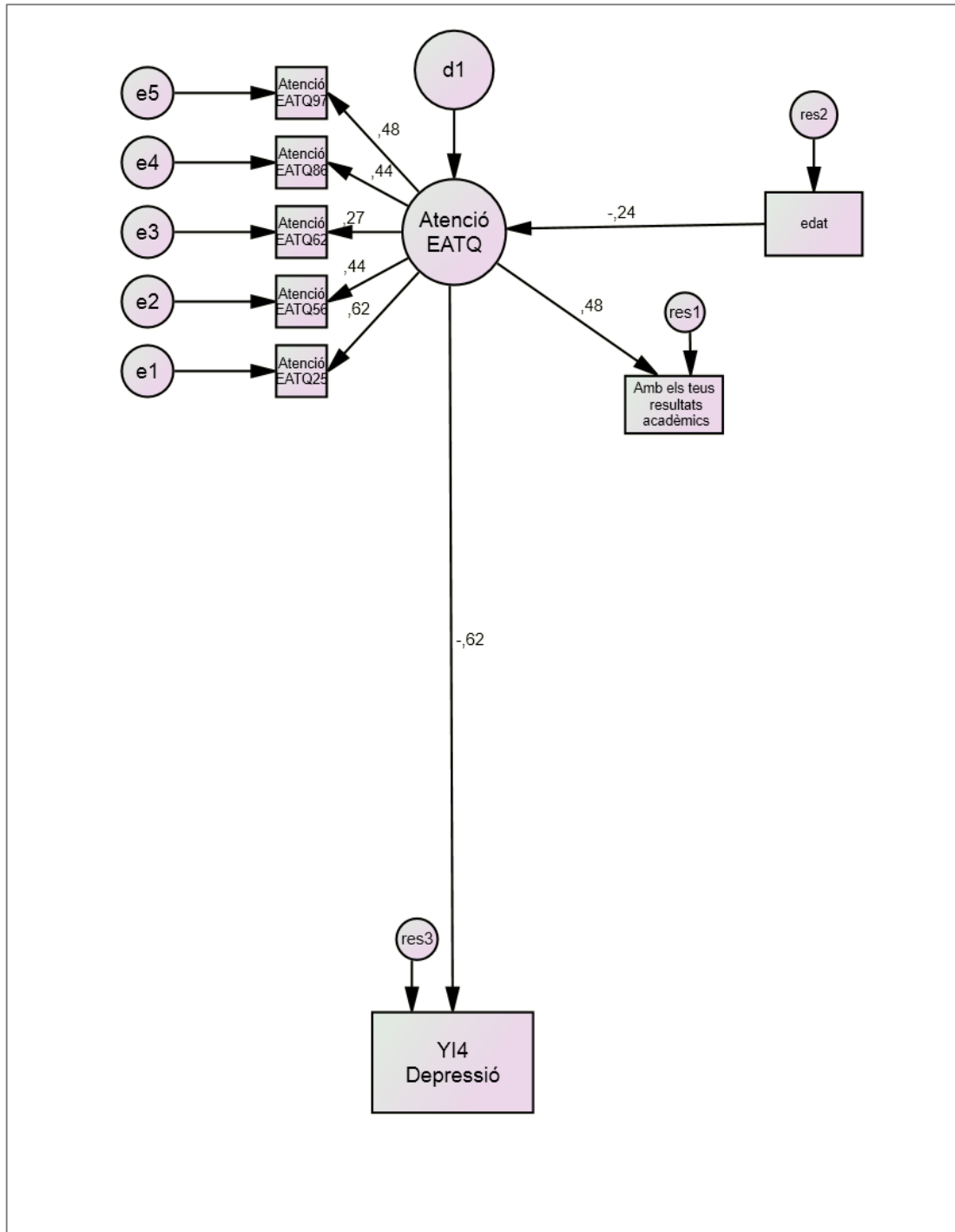


Figura 15. Model multigrup predictiu amb valors estandaritzats i càrregues restringides amb les variables edat, atenció i satisfacció amb els resultats acadèmics. Nois.

7.2.9.3 Model multigrup segons gènere, amb valors estandaritzats i càrregues restringides.

Noies

A continuació, es presenta el model explicatiu de la simptomatologia depressiva per a les noies considerant el model general, on es pot observar que les variables que millor s'ajusten al model explicatiu de la simptomatologia depressiva són la dimensió "atenció" del EATQ-R i les estratègies "ignorar el problema" i "autoinculpar-se" de l'ACS, i la satisfacció sobre la "seguretat pel teu futur" del PWI (Taula 40 i Figura 16).

Concretament, "l'atenció" correlaciona negativament amb la simptomatologia depressiva i amb "ignorar el problema", que ahora actua com a variable moduladora. És a dir, "l'atenció" té un efecte directe sobre la simptomatologia depressiva i "ignorar el problema" també, però aquest ve explicat per l'efecte de "l'atenció". D'altra banda, "autoinculpar-se" correlaciona positivament de manera directa sobre la simptomatologia depressiva. En canvi, la satisfacció sobre la "seguretat pel teu futur" no té relació directa amb la simptomatologia depressiva, però sí amb "ignorar el problema".

Taula 40.

Model multigrup d'equacions estructurals amb les variables atenció, satisfacció amb la seguretat pel futur, autoinculpar-se i ignorar el problema. Noies.

χ^2	df	p	χ^2/df	CFI	RMSEA
106.26	80	<.001	1.33	.92	.059 (.019 - .076)

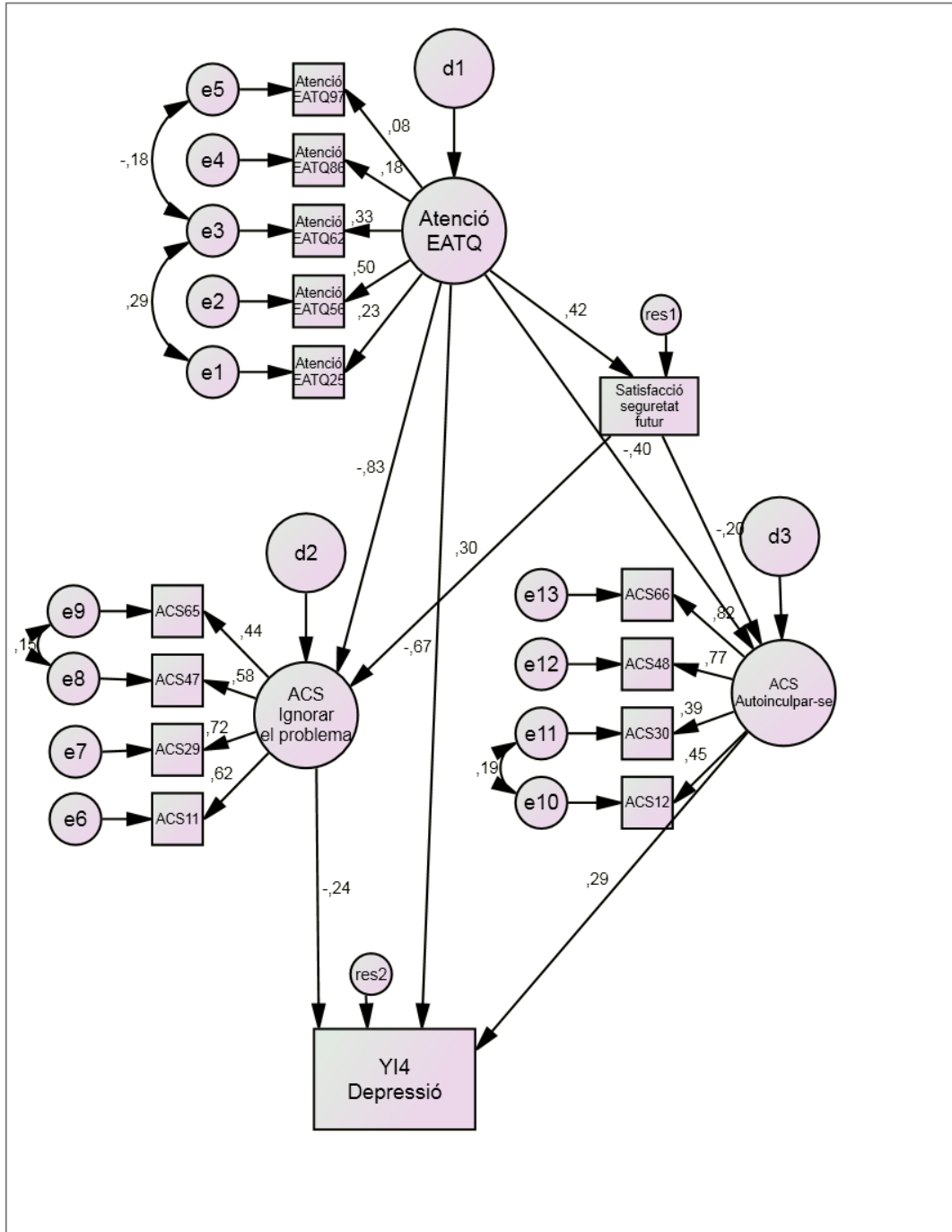


Figura 16. Model multigrup predictiu amb valors estandaritzats i càrregues restringides amb les variables atenció, satisfacció amb la seguretat pel futur, autoinculpar-se i ignorar el problema. Noies.

Tot i que aquest model explicatiu s'ajusta molt bé en el cas de les noies (CFI = .92 i RMSEA = .059), a continuació es mostra el model explicatiu per a les noies considerant els resultats de l'anàlisi discriminant quan només es seleccionen les noies, on les variables del model explicatiu canvia (Taula 41 i Figura 17). Els indicadors d'ajustament no són millors que els anteriors (CFI = .90).

Concretament, la dimensió del EATQ-R "*frustració*" correlaciona positivament de forma directa sobre la simptomatologia depressiva. D'altra banda, la variable "*autoinculpar-se*" també correlaciona positivament de forma directa sobre la simptomatologia depressiva.

Taula 41.

Model multigrup d'equacions estructurals amb les variables frustració i autoinculpar-se. Noies.

χ^2	df	p	χ^2/df	CFI	RMSEA
99.40	74	.026	1.34	.90	.052 (.019 - .077)

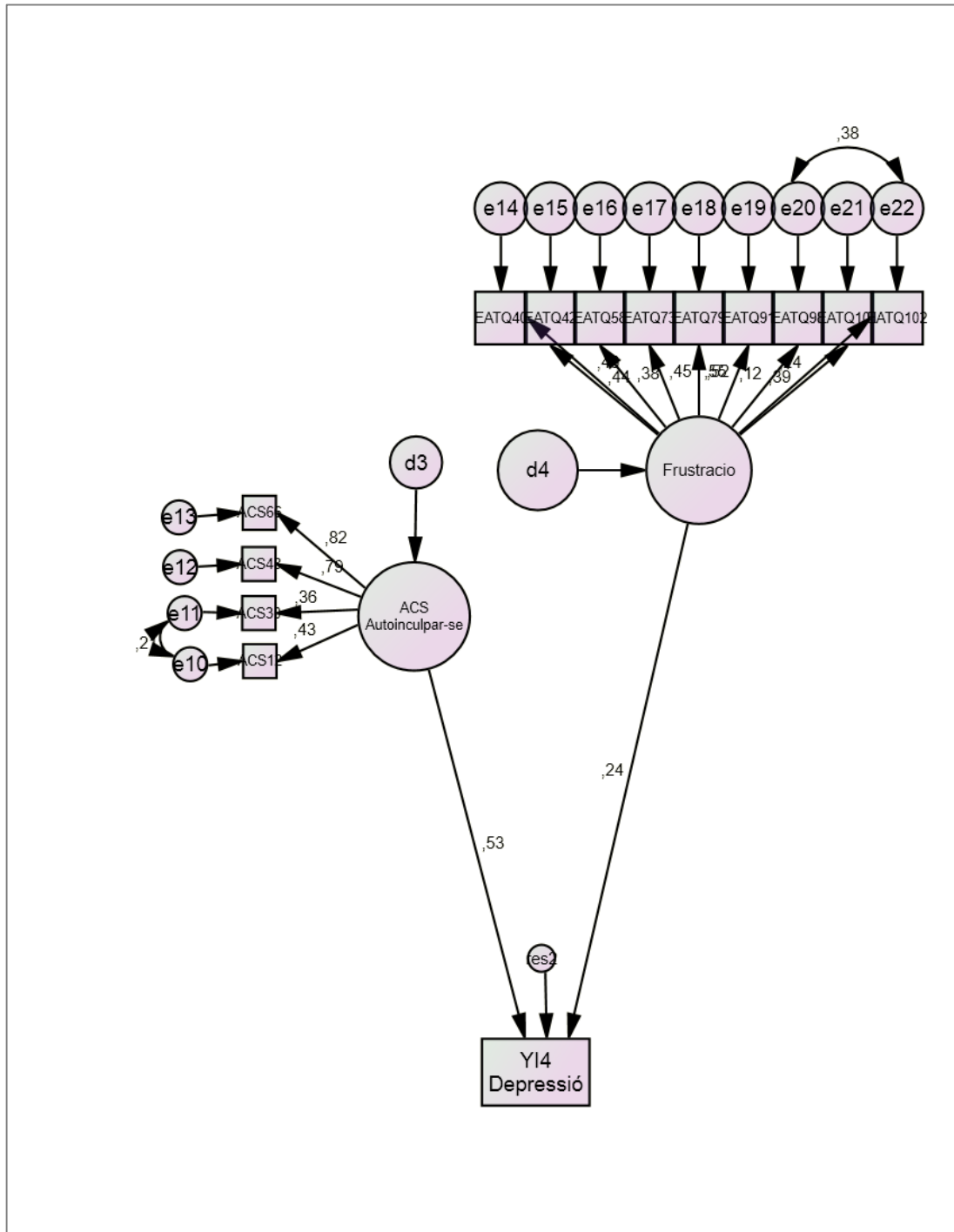


Figura 17. Model multigrup predictiu amb valors estandaritzats i càrregues restringides amb les variables frustració i autoinculpar-se. Noies.

8. DISCUSSIONS

En aquest darrer capítol es discuteixen els resultats obtinguts tot seguint els objectius que s'han plantejat.

L'objectiu principal de la present tesi ha estat conèixer la prevalença del trastorn Depressiu Major a la comarca del Baix Empordà (Girona) en població general adolescent, concretament entre els alumnes de 12 a 16 anys, així com també estudiar la seva relació amb les dimensions temperamentals, estratègies i estils d'afrontament i àmbits de benestar personal.

Mitjançant els instruments utilitzats (ACS, EATQ-R, YI-4, PWI i l'entrevista MINI Kid), ha estat possible recollir tota la informació necessària per poder dur a terme aquesta investigació.

Pel que fa a la mostra obtinguda, és representativa d'aquesta població tot i que el percentatge de nois i noies és quelcom diferent (47.3% i 52.7%, respectivament) degut a que bona part dels qüestionaris invalidats eren de nois (més del 70%).

A continuació, es passa a discutir els resultats obtinguts seguint els objectius específics plantejats en aquesta investigació.

Prevalença de la depressió major en adolescents de 12 a 16 anys de la Comarca del Baix Empordà

Els estudis sobre la prevalença de la depressió major fan evident que les taxes de depressió infantil i adolescent van augmentant de manera paral·lela amb l'edat.

Les dades obtingudes en aquesta investigació són similars a les obtingudes en altres estudis com el de Kashani et al. (1987) que va trobar una prevalença de la depressió major en adolescents del 4.7%, o el de Costello et al. (2006) on a través d'un metanàlisi de 26 estudis amb 60.000 observacions al llarg de 30 anys, va trobar una prevalença de la depressió major en adolescents del 4.6% en noies i del 5.9% en nois. En població catalana s'ha trobat una taxa similar de depressió major en població adolescent del 4.2% (Domènech, Subirà i Cuxart, 1996). Les dades d'aquesta investigació es troben en la mateixa línia, on s'ha obtingut una prevalença del 5.72%, concretament del 2.88% en nois i 8.27% en noies.

No obstant, hi ha estudis que han trobat prevalences més elevades de les obtingudes en aquesta investigació, com és el cas de l'estudi de Gotlib i Hammem (1996) que van obtenir una prevalença de la depressió major en adolescent entre el 15% i el 20%. Altres estudis també han trobat prevalences superiors, com l'estudi de Fistorazzi, Rodríguez i Lotero (2008) que han trobat en els adolescents prevalences del 24% de depressió major.

En quan al gènere, estudis realitzats anteriorment informen d'una prevalença de la depressió major superior en els adolescents del sexe femení (Reinherz et al., 1991; Lewinsohn et al., 1994). Segons Lewinsohn et al. (1994), les noies adolescents no només presenten una major incidència i prevalença

respecte als nois, sinó que també presenten una major probabilitat de desenvolupar futurs episodis depressius. Els resultats d'aquesta investigació també apunten a una major prevalença de la depressió major en les noies adolescents (8.27%) que en els nois (2.88%). Aquests resultats indicarien que hi ha 3.2 noies amb depressió major per cada noi diagnosticat.

Hi ha consens que durant la infantesa no existeixen diferències de gènere en la depressió major (Angold et al., 2002), i que és a partir dels 12 anys quan es produeix un punt d'inflexió amb major nombre de noies depressives respecte als nois. Un estudi realitzat amb una mostra d'adolescents espanyols d'entre 14 a 19 anys (Fonseca-Pedrero, Paino, Lemos-Giráldez i Muñiz, 2011), varen trobar diferències estadísticament significatives en funció del gènere i de l'edat. Els resultats indicaven que una gran part dels adolescents entrevistats varen informar de símptomes depressius a nivell subclínic, i que almenys un 2.5% dels participants superava el criteri establert per l'escala utilitzada de gravetat de la simptomatologia depressiva. D'aquest mateix estudi es despenia que les noies varen obtenir puntuacions més altes que els nois en les subescales de disfòria i queixes somàtiques, i els adolescents majors de 16 anys varen obtenir major puntuació a la subescala de disfòria en comparació amb el grup de 14-16 anys. En aquesta mateixa línia, els i les alumnes de 14 i 16 anys són els que presenten un major increment de la depressió major, amb unes prevalences del 7.85% i 6.76%, respectivament. Aquestes edats corresponen als cursos de 3r i 4t d'E.S.O. Per tant, als 14 anys sembla ser un moment clau per a l'increment de la prevalença de la depressió major en els adolescents. Una possible explicació serien els canvis hormonals que es produeixen, l'aparició de la menarquia i l'increment d'estrès que comporta tot aquest conjunt de canvis psicològics i físics (Shafii i Shafii, 1995).

En quan a la tipologia dels centres educatius, no s'han observat diferències significatives al comparar els centres concertats amb els centres públics.

En relació al lloc de naixement, s'ha obtingut una prevalença del 5.5% en els adolescents nascuts a Espanya, en comparació amb els adolescents no nascuts a Espanya on s'ha obtingut una prevalença del 6.8%. Tot i la menor prevalença dels adolescents nascuts a Espanya, aquestes diferències no són estadísticament significatives. Finalment, la distribució en el grup de risc amb diagnòstic de depressió major és la següent: el 9.5% dels alumnes han nascut a Sud-Amèrica, el 4.8% dels casos són alumnes que han nascut al Marroc, el 4.8% han nascut a Europa Central-Sud i el 4.8% dels casos han nascut a Europa de l'Est.

Resultats similars s'han trobat a l'estudi de Gualtero i Gomà (2009) on posa de manifest que dels infants i joves atesos als Centres de Salut Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) de Catalunya, aquells que eren fills d'immigrants estrangers, més del 40% estaven diagnosticats de trastorns neuròtics i somatomofs, i el 26.9% estaven diagnosticats de trastorns del comportament, trastorns emocionals i d'ansietat.

Hipòtesis de l'objectiu:

Amb els resultats obtinguts i tenint en compte les hipòtesis d'aquest objectiu, *s'accepta la hipòtesi* que afirma que s'espera trobar una major prevalença de depressió major en noies que en nois; *s'accepta la hipòtesi* que afirma que s'espera trobar una major prevalença de depressió major en adolescents de 14 anys o majors; i malgrat no hi ha diferències estadísticament significatives però si s'obté una prevalença lleugerament inferior dels adolescents nascuts a Espanya, podem concloure que *s'accepta la hipòtesi* que s'espera trobar una major prevalença de depressió major entre els adolescents nouvinguts o no nascuts a Espanya.

Comorbiditat del trastorn depressiu major amb altres trastorns psicopatològics

Són molts els estudis clínics i epidemiològics que mostren que el 40%-70% dels infants i adolescents diagnosticats de depressió major presenten altres trastorns mentals associats (Weller i Weller, 2000).

Els resultats d'aquesta investigació indiquen que el 42.8% dels adolescents amb depressió major presenten un o dos trastorns comòrbids. El diagnòstic més freqüent és el TDAH amb un 42.86%, seguit del trastorn d'ansietat generalitzada amb el 28.57% i el trastorn negativista desafiant amb el 26.19%. Estudis amb població adolescent han observat resultats similars (Kashani et al., 1987, Harrington, 2001). En aquests estudis, la depressió major es presenta comòrbida amb trastorns de conducta i trastorns d'ansietat. En la mateixa línia, hi ha l'estudi de Sorensen, Becker, Mors i Thomsen (2005) que va trobar que els trastorns més freqüents associats a la depressió major eren el trastorn d'ansietat generalitzada, el trastorn d'ansietat per separació, l'anorèxia nerviosa i el TDAH. L'estudi de Masi et al. (2004) també va trobar major comorbiditat de la depressió major amb els trastorns d'ansietat, concretament amb el trastorn d'ansietat generalitzada (amb un 67%) i el trastorn de conducta (amb un 13%).

Els resultats també mostren que en els nois adolescents el diagnòstic més freqüent és el TDAH (amb un 70%) seguit del trastorn negativista desafiant (amb un 40%), mentre que en les noies adolescents, el TDAH també és el diagnòstic més freqüent (amb un 34.38%) seguit del trastorn d'ansietat generalitzada (amb un 31.25%). En general, els nois adolescents presenten més trastorns de conducta comòrbids, i les noies més trastorns d'ansietat. En la mateixa línia es troba l'estudi de Greene et al. (2002) on conclouen que la combinació de trastorn de conducta i trastorn oposicionista desafiant incrementa l'índex de severitat de la depressió major en gairebé un 50%, afirmant així una relació bidireccional entre el trastorn oposicionista desafiant i la depressió major, on el 30% dels subjectes amb trastorn oposicionista desafiant sense trastorn de conducta, també complien els criteris de la depressió major. Un altre estudi en què els resultats són similars als d'aquesta investigació és el de Gillberg et al. (2004), on van trobar que entre un 16% i un 26% dels adolescents amb TDAH també complien els criteris de depressió major.

Pel que fa al diagnòstic de trastorn d'ansietat, s'ha trobat en el 40% dels nois i en el 46.9% de les noies. També cal destacar que únicament les noies han obtingut com a trastorn comòrbid el trastorn bipolar I i

bipolar II (concretament, en el 9.38% de les noies amb depressió major). Tot i que aquestes diferències no són estadísticament significatives, hi ha estudis (Kochman et al., 2005) que parlen d'un augment dels trastorns bipolars en nens i nenes deprimits quan aquests arriben a l'adolescència, apareixent en el 20% i 32% dels nens deprimits.

Hipòtesi de l'objectiu:

Amb els resultats obtinguts en aquesta investigació i tenint en compte la hipòtesi d'aquest objectiu, s'accepta la hipòtesi que afirma que s'espera trobar una major comorbiditat de la depressió major amb els trastorns de comportament, trastorns d'ansietat i el trastorn del dèficit d'atenció amb o sense hiperactivitat (TDAH).

Estratègies d'afrontament

A l'adolescència, les estratègies d'afrontament semblen ser el resultat d'aprenentatges realitzats en experiències prèvies que constitueixen un estil estable d'afrontament que determina les estratègies d'afrontament situacionals (Frydenberg i Lewis, 1994; Frydenberg, 1997; Donaldson, Prinstein, Danovsky i Spirito, 2000).

Molts estudis han trobat una relació directa entre l'existència d'inadequades estratègies d'afrontament i depressió (Kazdin, 1989; Lewinsohn et al., 1994).

Els resultats d'aquesta investigació apunten a que els adolescents del grup de risc amb diagnòstic de depressió major, obtenen puntuacions superiors en les estratègies d'afrontament "*reducció de la tensió*", "*ignorar el problema*", "*autoinculpar-se*" i "*reservar-ho per un mateix*". Totes aquestes estratègies d'afrontament formen part de l'estil d'afrontament improductiu segons la classificació de Frydenberg i Lewis (1996). En la mateixa línia Cunningham i Walker (1999) troben que la utilització d'estratègies d'afrontament no productives com ara preocupar-se, autoinculpar-se i reducció de la tensió, són les estratègies que millor s'associen amb la depressió major. Altres estudis també relacionen els estils d'afrontament d'evitació amb la depressió, sobretot en el cas de les noies adolescents que no pas en el cas dels nois (Seiffge-Krenke i Stemmler, 2002; De Boo i Spiering, 2010).

En relació al gènere, les noies puntuen més alt que els nois en les estratègies d'afrontament "*buscar suport social*", "*preocupar-se*" i "*reducció de la tensió*", en canvi, puntuen més baix en "*ignorar el problema*", "*buscar ajuda professional*" i "*distracció física*". També s'observa una interacció del grup i el gènere, on els nois adolescents del grup de risc amb diagnòstic de depressió major puntuen més alt que les noies en les estratègies d'afrontament "*acció social*" i "*buscar ajuda professional*", on els nois diagnosticats de depressió major permeten que els demés coneguin el seu problema i cerquen més l'ajut professional que no pas les noies.

Aquestes dades coincideixen amb els resultats obtinguts per Boekaerts (1996), on apunta que hi ha un ús diferencial de determinades estratègies d'afrontament en nois i noies i, que en general, les noies adolescents busquen un estil per focalitzar en l'emoció, com el recolzament social, mentre que els nois adolescents utilitzen altres mètodes no relacionats directament amb la interacció social, com serien les diversions relaxants i la distracció física. En la mateixa línia també hi ha els estudis de Frydenberg i Lewis (1994), Hampel i Peterman (2005) i González et al. (2002), que afirmen que les noies adolescents utilitzen amb major freqüència estratègies d'afrontament no productives com la preocupació o autoinculpar-se, mentre que els nois tendeixen a ignorar el problema o a reservar-ho per ells mateixos.

Hipòtesi de l'objectiu:

Amb els resultats obtinguts i tenint en compte la hipòtesi d'aquest objectiu, s'accepta la hipòtesi que afirma que els adolescents amb depressió major presentaran puntuacions més elevades en estratègies d'afrontament no productives o no adaptatives com "ignorar el problema", "no afrontament" o "autoinculpar-se", i més baixes en les productives o adaptatives com "concentrar-se en resoldre el problema" o "esforçar-se i tenir èxit".

Estil temperamental

El temperament s'ha relacionat al desenvolupament de certes psicopatologies. En el cas dels trastorns emocionals, s'ha associat el neuroticisme i l'atenció amb un major risc de desenvolupar depressió major.

Els resultats d'aquesta investigació indiquen que els adolescents del grup de risc amb diagnòstic de depressió major obtenen puntuacions més baixes en "control de l'activació", "atenció" i "control inhibitori", és a dir, tendeixen a evitar realitzar una determinada tasca, estan menys atents i, per tant, tenen més dificultats per mantenir focalitzada l'atenció, així com també presenten problemes a l'hora de planificar i eliminar aquelles respostes que no són apropiades. Tanmateix, també obtenen puntuacions més elevades en "frustració", és a dir, toleren menys l'adversitat. Pel que fa a les dimensions de segon ordre, els adolescents del grup de risc amb diagnòstic de depressió major presenten puntuacions més elevades en "afecte negatiu" i molt inferiors en "control voluntari", és a dir, es mostren més tímids, porucs i inestables emocionalment, amb trets de personalitat propis del neuroticisme, així com també presenten dificultats per autoregular-se i esforçar-se per aconseguir les fites que es proposen.

Aquests resultats coincideixen amb els estudis de Anderson i Hope (2008), on afirmen que nivells d'afecte negatiu i nivells baixos de control voluntari prediuen tan l'ansietat com la depressió. En la mateixa línia es troben altres estudis amb resultats similars, com els de Else-Quest et al. (2006), que apunten que la combinació d'alt afecte negatiu i baix afecte positiu està directament relacionada amb la disfòria i l'anhedònia, símptomes de la depressió, i que aquesta combinació de patrons temperamentals ha resultat ser més prevalent en les noies adolescents. És a dir, el control voluntari, tal com assenyalen

Rothbart, Ahadi i Hershey (1994), influeix de manera significativa en la predicció de la depressió i modula l'expressió de l'afecte negatiu, augmentant la persistència en situacions difícils o mitjançant la millora d'habilitats d'afrontament.

En quan al gènere, s'observa que els nois puntuen més alt que les noies en "*nivell d'activitat*" i "*plaer d'alta intensitat*", en canvi, puntuen més baix en la dimensió "*por*". És a dir, els nois participen més en activitats que requereixen un alt nivell d'activitat física que impliquin estímuls novedosos i, per conseqüència, presenten menys por davant de les situacions. Els estudis d'aquesta investigació donen suport als estudis de Else-Quest, Hyde, Goldsmith i Van Hulle (2006), on van trobar que el factor d'alta intensitat era més freqüent en els nois i, per tant, els nois adolescents eren una mica més actius, menys tímids i obtenien més plaer que les noies adolescents per estímuls d'alta intensitat.

Hipòtesi de l'objectiu:

Amb els resultats obtinguts en aquesta investigació i tenint en compte la hipòtesi d'aquest objectiu, s'*accepta la hipòtesi* que afirma que els adolescents amb depressió major presentaran puntuacions més baixes en les dimensions temperamentals de control voluntari i més altes en afecte negatiu.

Nivell de benestar personal

Els resultats d'aquesta investigació mostren que els adolescents amb depressió major puntuen més baix en tots els àmbits de benestar personal menys en els dominis "*amb el teu nivell de vida*", "*amb com et diverteixes*" i "*amb la teva religió*". Considerant la puntuació global de la PWI, els adolescents diagnosticats de depressió major presenten puntuacions més baixes que els del grup control, però aquesta diferència només és significativa en les noies.

Els adolescents del grup de risc amb diagnòstic de depressió major puntuen més baix en els dominis "*amb la seguretat pel teu futur*", "*amb la teva família*", "*amb tu mateix/a*", "*amb la teva salut*", "*amb la teva espiritualitat*", "*amb els teus resultats acadèmics*", "*amb les coses que aprens*", "*amb com utilitzes el temps*", "*amb com et prepares pel futur*" i "*amb el teu cos*". Aquests resultats són similars als obtinguts pel treball de Muris, Schouten, Meeters i Gijbers (2003), on van examinar la relació entre la percepció de control i els nivells d'ansietat i depressió en una mostra d'adolescents, constatant que els símptomes depressius estan lligats a autopercepcions negatives, baixa autoestima, baixa competència autopercebuda, creences negatives sobre un mateix, sobre el món i sobre el futur, percepció de baixa autoeficàcia i un estil atribucional negatiu.

En quan al gènere, els resultats indiquen que els nois puntuen més alt que les noies en els dominis "*amb el teu nivell de vida*", "*amb el segur/a que et sents*", "*amb la teva família*", "*amb les esports que practiques*", "*amb el teu cos*" i "*amb tu mateix/a*". Els nois amb diagnòstic de depressió major presenten puntuacions més baixes en el domini "*amb els teus resultats acadèmics*" que les noies, de manera que es senten més insatisfets que les noies del seu mateix grup. Aquests resultats concorden amb altres

estudis que assenyalen les males relacions familiars (Thapar, Collishaw, Pine i Thapar, 2015), la insatisfacció amb el propi cos (Stice i Bearman, 2001) i la insatisfacció amb els resultats acadèmics (Rood, Roelofs, Bögels i Meesters, 2012), especialment a les noies, com a factors de risc de la depressió.

Hipòtesi de l'objectiu:

Amb els resultats obtinguts en aquesta investigació i tenint en compte la hipòtesi d'aquest objectiu, *s'accepta la hipòtesi* que afirma que els adolescents amb depressió major tindran un nivell de benestar personal més baix en tots els àmbits o àrees de la seva vida i a nivell general.

Variables predictores de la depressió major

Els resultats de l'anàlisi discriminant indiquen que les variables predictores de la depressió major a nivell general (incloent ambdós sexes) són les escales de l'ACS "*ignorar el problema*" i "*autoinculpar-se*", el nivell de satisfacció en el domini de la PWI "*amb la seguretat del teu futur*" i la dimensió temperamental "*d'atenció*" de l'EATQ-R. És a dir, aquells adolescents que siguin incapaços d'ignorar els problemes i que presentin sentiments de culpabilitat, que estiguin insatisfets i preocupats amb la seguretat pel seu futur i, per últim, que no siguin capaços de focalitzar l'atenció, són més vulnerables a presentar depressió major. Val a dir que aquest model predictiu permet classificar correctament el 60.7% dels adolescents.

En quan al gènere, el model predictiu que millor classifica les variables predictores en el cas dels nois adolescents, són les variables "*edat*", la satisfacció en el domini de la PWI "*amb els teus resultats acadèmics*" i la dimensió temperamental de l'EATQ-R "*atenció*". És a dir, aquells nois adolescents que estiguin insatisfets i preocupats pels seus resultats acadèmics i que no siguin capaços de mantenir l'atenció, són més vulnerables a presentar depressió major. Aquest model permet classificar correctament el 63.5% dels adolescents. De Coster (2005) va trobar resultats similars, on apuntava que els nois adolescents eren més vulnerables a la victimització i a factors d'estrès relacionats amb el rendiment acadèmic que no les noies.

En el cas de les noies, les variables predictores de la depressió major són l'escala de l'ACS "*autoinculpar-se*", les dimensions temperamentals de l'EATQ-R "*frustració*" i "*plaer d'alta intensitat*". És a dir, aquelles noies adolescents que presentin sentiments de culpabilitat i siguin menys tolerants a la frustració i als esdeveniments adversos són més vulnerables a presentar depressió major. Aquest model permet classificar correctament el 65% de les noies adolescents.

Aquests resultats van en la mateixa línia als estudis de Rothbart et al. (2001) on van trobar que certes característiques temperamentals, concretament una baixa autoregulació i una alta emocionalitat negativa s'associaven amb la hiperactivitat i els problemes atencionals. Tanmateix, també cal citar l'estudi de Rothbart et al. (2001) on van relacionar la depressió major amb una alta tristesa, por, malestar i baixes puntuacions en plaer d'alta intensitat.

Mitjançant la tècnica multivariant de model d'equacions estructurals, s'ha intentat verificar si les variables que prediuen el diagnòstic de depressió major també prediuen la simptomatologia depressiva. En altres paraules, si les dades, utilitzant les mateixes variables, s'ajusten tant pel diagnòstic de depressió major com per a la simptomatologia depressiva.

El model explicatiu que millor s'ajusta a nivell de tota la mostra estudiada són les variables "atenció" del EATQ-R, les estratègies "ignorar el problema" i "autoinculpar-se" de l'ACS i el nivell de satisfacció sobre "la seguretat pel teu futur" de la PWI. "Autoinculpar-se" correlaciona positivament de manera directa sobre la simptomatologia depressiva, en canvi, la satisfacció sobre "la seguretat pel teu futur" no té relació directa amb la simptomatologia depressiva. És a dir, els adolescents amb menys "atenció" tenen més simptomatologia depressiva, i aquesta "atenció" té un efecte directe sobre "ignorar el problema" que alhora actua sobre la simptomatologia depressiva. Aquells adolescents que tenen menys "atenció" tendeixen a "ignorar el problema" i a "autoinculpar-se" més, de manera que això explica la major simptomatologia depressiva.

En relació al gènere i tenint en compte la tècnica multivariant de model d'equacions estructurals, el model explicatiu que millor s'ajusta per a la simptomatologia depressiva en el cas dels nois és el que inclou les variables "atenció" del EATQ-R, que correlaciona negativament i de forma directa sobre la simptomatologia depressiva i la variable "edat" que té un efecte directe sobre "l'atenció" i que alhora actua sobre la simptomatologia depressiva. D'altra banda, "l'atenció" té un efecte directe amb la satisfacció "amb els teus resultats acadèmics", els quals no tenen cap relació amb la simptomatologia depressiva. Per tant, en el cas dels nois adolescents més grans presenten menys atenció, la qual cosa explicaria la simptomatologia depressiva, i a més atenció temperamental, més satisfacció amb els resultats acadèmics.

En el cas de les noies adolescents i seguint amb la tècnica multivariant de model d'equacions estructurals, el model explicatiu que millor s'ajusta per a la simptomatologia depressiva és el que inclou les variables "frustració" del EATQ-R, que correlaciona positivament de forma directa sobre la simptomatologia depressiva, i la variable de l'ACS "autoinculpar-se" que també correlaciona positivament de forma directa sobre la simptomatologia depressiva. És a dir, les noies adolescents que presenten una major frustració i una major autoinculpació són les que presenten major simptomatologia depressiva.

Dels dos models, el dels nois i el de les noies, el que millor s'ajusta a les dades, és el model de les noies.

Hipòtesi de l'objectiu:

Amb els resultats obtinguts en aquesta investigació i tenint en compte la hipòtesi d'aquest objectiu, s'accepta la hipòtesi que afirma que els factors temperamentals juntament amb les estratègies d'afrontament permetran predir la depressió major.

Discussions finals

Per finalitzar l'apartat de discussions, cal posar de manifest la importància de la detecció precoç pel que fa als trastorns depressius en infants i adolescents. Tal i com ja s'ha dit anteriorment, existeixen un conjunt de factors que actuen com a protectors i/o amortidors que dificulten o eviten l'aparició de trastorns emocionals.

Tenint en consideració els resultats d'aquesta investigació que donen suport a estudis ja realitzats sobre la depressió major, és important incidir en el treball de les funcions executives en els adolescents per prevenir la simptomatologia depressiva. Segons Barkley al 1997, les funcions executives són totes aquelles activitats mentals autodirigides que ajuden a l'individu a resistir a la distracció, a centrar-se en noves fites més adequades a les respostes inhibides inicialment (Orjales, 2000).

Fisher i Happé (2005) afirmen que el lòbil frontal té un paper primordial en el control dels processos cognitius. Aquests processos són els que permeten l'aprenentatge i el raonament. Les funcions executives, dirigides pel lòbil frontal, són les responsables de que poguem planificar i organitzar, prendre decisions, establir objectius, iniciar accions, autoregular-nos, inhibir estímuls que ens distreguin, tenir flexibilitat cognitiva, emprar el feed-back per a corregir els possibles errors, la memòria de treball, atenció selectiva i mantinguda, acabar les tasques o desenvolupar una conducta social adequada. El lòbil frontal té moltes altres connexions amb altres àrees del cervell com ara els ganglis basals, que s'ocupen del control d'impulsos, aturant o retardant una reacció instintiva. Una de les funcions executives és el control inhibitori, que inhibeix o retarda una possible resposta impulsiva, interrompint una conducta inapropiada o resistint a la interferència dels estímuls irrelevantes per no perdre l'atenció en l'estímul rellevant. En el dia a dia, això es tradueix en poder esperar el nostre torn per parlar, respectar les normes dels jocs, saber aguantar l'espera en una fila, no distreure'ns de la conversa, etc.

Per aquest motiu, durant la infància i l'adolescència és important incidir en el treball d'aquestes funcions executives i, concretament, en el control voluntari i en l'aprenentatge d'estratègies d'afrontament més adaptatives i productives, ja que s'ha demostrat que totes aquestes variables actuen com a variables predictores de la simptomatologia depressiva en l'etapa adolescent. Autors com Huizinga i Smidts (2011) defensen la importància d'avaluar les funcions executives perquè no només impliquen aspectes cognitius, sinó també aspectes conductuals i emocionals. Treballar la memòria de treball a través de la lectura o treballar la resolució de problemes, la qual cosa implica diversos passos com analitzar i definir la situació, imaginar diverses possibilitats de solució i les seves conseqüències, escollir-ne una i fer un pla tenint en compte les idees, el temps, els materials, etc., per assolir l'objectiu que ens proposem, són aspectes que s'haurien de tenir en compte per treballar en l'etapa adolescent. Tot aquest treball és possible gràcies a la gran plasticitat, flexibilitat i dinamisme del cervell. Les funcions executives són unes de les estructures més complexes del cervell i són les que tarden més a madurar, ja que comencen a desenvolupar-se cap als 8-10 mesos i fins a finals de l'adolescència i principis de l'edat adulta. D'aquí la importància de continuar treballant les funcions executives més enllà de l'etapa infantil fins l'etapa adolescent.

És evident que una família afectiva i acceptant, però que al mateix temps estableix unes normes clares i flexibles per a la regulació de la conducta del nen o nena, és el medi idoni per un desenvolupament emocional correcte. Per tant, una bona comunicació entre pares i fills en quan als afectes i les normes és una de les defenses contra la depressió. El recolzament i la cohesió familiar (sobretot entre els membres de la parella) són el resultat d'una bona comunicació, així com d'un desenvolupament emocional equilibrat. De la mateixa manera, la imatge del propi nen o nena és el reflex de la opinió que els seus pares tenen d'ell/a. En aquest sentit, proporcionar a l'adolescent una millor imatge de sí mateix repercuteix directament en la construcció d'una bona autoestima i un millor benestar personal, que influeix de manera directa en el seu rendiment acadèmic.

Tampoc s'ha d'oblidar la importància de dissenyar programes de prevenció dirigits a fomentar uns estils d'afrontament adaptatius i la detecció de models explicatius de la simptomatologia depressiva. Cal ensenyar als infants i adolescents a fer front als esdeveniments estressants d'una manera totalment activa i adaptativa, que faci possible que els nens i nenes es vegin com a protagonistes de les seves vides, protagonistes capaços de fer front als problemes que al llarg de la vida aniran experimentant.

9. CONCLUSIONS

Considerant els resultats, i d'acord amb les objectius d'aquesta investigació, es conclou el següent:

Objectiu 1:

Prevalença de la depressió major en adolescents de 12 a 16 anys de la Comarca del Baix Empordà i perfil sociodemogràfic:

- La prevalença de la depressió major a la comarca del Baix Empordà és del 5.72%, i la seva prevalença ponderada del 7.8%.
- La prevalença de la depressió major de les noies és superior a la dels nois, on hi ha 3.2 noies amb depressió major per cada noi.
- S'observa un increment de la depressió major en els adolescents de 14 i 16 anys.
- No hi ha diferències en funció de la tipologia del centre.
- No hi ha diferències en funció del lloc de naixement.

Objectiu 2:

Comorbiditat del trastorn depressiu major amb altres trastorns psicopatològics:

- Hi ha una elevada comorbiditat. El 66.7% dels casos de depressió major presenta un o més trastorns comòrbids.
- En ambdós sexes s'observa una major comorbiditat del TDAH, seguit del trastorn d'ansietat generalitzada i el trastorn negativista desafiant.
- En quan al gènere, els nois presenten majors trastorns de conducta (TDAH i el trastorn negativista desafiant) i les noies majors trastorns d'ansietat (trastorn d'ansietat generalitzada, ansietat de separació, fòbies i trastorns d'angoixa).
- En el cas dels nois amb diagnòstic de depressió major, en el 80% dels casos presenten, a més a més i, com a mínim, un trastorn de conducta associat. En el cas de les noies amb depressió major, presenten un trastorn de conducta associat en el 46.9% dels casos.
- El trastorn bipolar I i bipolar II només s'ha observat en noies.

Objectiu 3:

Perfil d'estratègies d'afrontament dels adolescents diagnosticats de depressió major:

- Els adolescents del grup de risc amb diagnòstic de depressió major obtenen puntuacions superiors en les estratègies d'afrontament "*reducció de la tensió*", "*ignorar el problema*", "*autoinculpar-se*" i "*reservar-ho per un mateix*".
- Les noies puntuen més alt que els nois en "*buscar suport social*", "*preocupar-se*" i "*reducció de la tensió*", en canvi, puntuen més baix en "*ignorar el problema*", "*buscar ajuda professional*" i "*distracció física*".

- S'observa una interacció del grup i el gènere en "acció social" i "buscar ajuda professional", on les noies del grup de risc sense diagnòstic de depressió major puntuen més en "acció social", mentre que nois del grup de risc amb diagnòstic de depressió major puntuen més alt que les noies.

Objectiu 4:

Perfil temperamental dels adolescents diagnosticats de depressió major:

- Els adolescents del grup de risc amb diagnòstic de depressió major obtenen puntuacions més elevades en "frustració".
- Els adolescents del grup de risc amb diagnòstic de depressió major obtenen puntuacions més baixes en comparació amb els adolescents del grup control i del grup de risc sense diagnòstic, en "atenció" i "control inhibitori", és a dir, estan menys atents i són menys capaços de focalitzar l'atenció en el problema, així com també tenen dificultats a l'hora de planificar i eliminar aquelles respostes que no són apropiades.
- Pel que fa a les dimensions de segon ordre, els adolescents del grup de risc amb diagnòstic de depressió major presenten puntuacions més elevades en "afecte negatiu" i molt inferiors en "control voluntari", és a dir, es mostren més tímids, porucs i inestables emocionalment, amb trets de personalitat propis del neuroticisme, així com també presenten dificultats per autoregular-se i esforçar-se per aconseguir les fites que es proposen.
- Els nois puntuen més alt que les noies en "nivell d'activitat" i "plaer d'alta intensitat", en canvi, puntuen més baix en la dimensió "por". És a dir, els nois participen més en activitats que requereixen un alt nivell d'activitat física que impliquin estímuls novedosos i, per conseqüència, presenten menys por davant de les situacions.

Objectiu 5:

Nivell de benestar dels adolescents amb diagnòstic de depressió major en diferents àmbits de la seva vida i el seu nivell global de benestar personal:

- Els adolescents del grup de risc amb diagnòstic de depressió major se senten insatisfets en tots els àmbits menys amb el seu nivell de vida, amb com es diverteixen i amb la seva religió.
- Considerant la puntuació global del PWI, els adolescents diagnosticats de depressió major presenten puntuacions més baixes que els joves del grup control.
- Les noies del grup de risc de depressió major es senten més insatisfetes amb el seu nivell de vida, amb lo segures que se senten, amb la seva família, amb els esports que practiquen, amb el seu cos i amb si mateixes.
- Els nois amb diagnòstic de depressió major se senten més insatisfets que les noies amb els seus resultats acadèmics.

Objectiu 6:

Variables predictores de la depressió major:

- Les variables predictores de la depressió major són les escales *“ignorar el problema”* i *“autoinculpar-se”* de l’ACS, el nivell de satisfacció en el domini de la PWI *“amb la seguretat del teu futur”* i la dimensió temperamental de *“atenció”*.
- En els nois, les variables predictores són l’edat, la satisfacció en el domini *“amb els teus resultats acadèmics”* i la dimensió temperamental de *“l’atenció”*.
- En les noies, les variables predictores són l’escala *“autoinculpar-se”* de l’ACS, les dimensions temperamentals de *“frustració”* i *“plaer d’alta intensitat”*.
- El model que millor s’ajusta a les dades relatives a la simptomatologia depressiva és el que inclou les variables *“atenció”* del EATQ-R, les estratègies *“ignorar el problema”* i *“autoinculpar-se”* de la ACS i la satisfacció sobre *“la seguretat pel teu futur”* de la PWI.
- El model que millor s’ajusta a les dades relatives a la simptomatologia depressiva en els nois és el que inclou les variables *“edat”*, *“l’atenció”* de l’EATQ-R i la satisfacció *“amb els teus resultats acadèmics”* de la PWI.
- El model que millor s’ajusta a les dades relatives a la simptomatologia depressiva en les noies és el que inclou la variable temperamental de frustració i l’estratègia d’afrontament autoinculpar-se.

10. LIMITACIONS DE LA INVESTIGACIÓ

Primerament, cal dir que la principal limitació d'aquesta investigació és que es tracta d'un estudi transversal, és a dir, l'objectiu és obtenir la prevalença de la Depressió Major amb la finalitat d'aconseguir uns resultats vàlids i fiables. La prevalença representa així el número total de casos de Depressió Major en una determinada població i en un moment determinat, sense distingir si els casos són crònics o, bé, presents en el moment de l'estudi.

Per tant, hagués estat interessant haver realitzat un seguiment de la mostra estudiada, de manera que el caràcter transversal del present estudi limita la interpretació dels resultats i no permet establir relacions de tipus causal (causa-efecte). En aquest sentit, aquest aspecte s'hauria de tenir en compte de cares a recerques futures.

Una altra limitació d'aquesta investigació és la dificultat per administrar l'entrevista semi-estructurada M.I.N.I. Kid al grup control. Donada falta de temps i al coincidir l'administració de la M.I.N.I. Kid en dates properes a la finalització del curs acadèmic, ha estat impossible administrar-la al grup control. Això ha fet impossible confirmar que els casos seleccionats del grup control no presentin Depressió Major i, per tant, no hi hagi cap cas de fals negatiu.

Finalment, malgrat l'aplicació col·lectiva de qüestionaris té com a avantatge principal arribar a un major nombre de subjectes, també té com a limitació important que no permet garantir una resposta fiable i vàlida de tots els subjectes enquestats, especialment quan s'administra en població adolescent.

Els alumnes que han contestat els autoinformes ho han fet en grup i a l'aula, la qual cosa pot donar lloc a una possible interferència d'uns alumnes amb els altres. També cal tenir en compte la variable motivació. És possible que alguns joves no tinguessin cap mena de motivació en participar en l'estudi, i aquesta falta d'interès hagi pogut interferir a les respostes donades pels adolescents. Malgrat les limitacions que implica basar els resultats en dades autoinformades a través de qüestionaris aplicats de manera col·lectiva, la informació aportada en aquesta investigació pot ser de gran utilitat tan pel que fa a la prevenció de trastorns depressius com per al seu tractament, pel fet d'assenyalar aquells aspectes funcionals sobre els quals es pot intervenir.

11. FUTURES LÍNIES DE RECERCA

És cert, que fins al moment, la major part de les taxes de prevalença de depressió infantil publicades s'han obtingut en poblacions clíniques, mostrant resultats discrepants entre si.

A Espanya, el primer estudi que va avaluar la depressió en adolescents va ser el realitzat per Domènech, Subirà i Cuxart (1996), on a partir d'una mostra de 325 adolescents d'edats compreses entre els 12 i els 16 anys, van detectar una prevalença del 4.2% de depressió major, 14.0% de simptomatologia depressiva i del 12.4% de labilitat emocional.

De la mateixa manera, hi ha pocs estudis realitzats en població general on hagin analitzat els factors immigració i la Depressió Major. D'aquí la importància del present estudi de centrar-se en estudiar d'una població general escolar, la prevalença de la Depressió Major així com l'impacte que té el fenomen d'emigrar en la manifestació dels símptomes depressius.

També és molt important, saber el paper que juguen les dimensions temperamentals i les estratègies d'afrontament en la simptomatologia depressiva i en el Trastorn Depressiu Major, així com conèixer quina és la capacitat predictiva d'aquestes variables en els símptomes depressius. D'aquí la importància de dissenyar programes de prevenció primària dirigits a fomentar uns estils d'afrontament adaptatius així com intentar millorar el grau de satisfacció en relació als àmbits de benestar personal que es presenten com a factors de risc pel desenvolupament de la Depressió Major.

No s'ha d'oblidar, que les estratègies d'afrontament són el resultat d'aprenentatges realitzats en experiències prèvies i, per tant, són aprenentatges en els que es pot intervenir de manera preventiva, per tal que el procés sigui el més adequat possible.

Com a futures línies de recerca, a banda de realitzar estudis de seguiment longitudinals per tal d'establir relacions de tipus causa-efecte, seria interessant aplicar i utilitzar instruments més específics per a mesurar l'atenció en els adolescents, ja que com s'ha vist en els resultats exposats, l'atenció és un element important en relació als trastorns depressius. Per exemple, es podrien utilitzar proves d'atenció sostinguda basades en l'entrenament de l'atenció. Una altra tipus de prova més sofisticada que es podria utilitzar seria la tècnica de neuroimatge Neuroscan, per tal de mesurar de manera més objectiva l'atenció del subjecte.

Una altra futura línia de recerca, basant-nos en els resultats dels models d'equacions estructurals, seria la importància de continuar explorant aquestes variables per tal d'anar perfilant un model explicatiu de la simptomatologia depressiva, tant per aquells adolescents que pateixen depressió major com pels que només presenten simptomatologia depressiva. Aquest tipus d'anàlisi requeriria de mostres molt més amples amb un major nombre d'adolescents diagnosticats de depressió major.

Per últim, els resultats obtinguts posen de manifest la importància de la detecció precoç pel que fa als trastorns depressius en infants i adolescents. Els resultats obtinguts ofereixen elements per avançar en aspectes relacionats amb problemes emocionals, concretament símptomes afectius, aportant eines per a l'elaboració de programes de prevenció a partir de la identificació de models explicatius de la simptomatologia depressiva.

12. REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- Aarons, G. P., Brown, S. A., Hough, R. L., Garland, A. F., i Wood, P. A. (2001). Prevalence of adolescent substance use disorders across five sectors of care. *Journal of the American Academy of Adolescent Psychiatry*, 40, 419-426. doi: 10.1097/00004583-200104000-00010.
- Abramson L. Y., Metalsky, G. I., i Alloy, L. B. (1989). Hopelessness, depression: A theory based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372. doi: 10.1037/0033-295X.96.2.358.
- Abramson, L. Y., Seligman, M. E., i Teasdale, J. D. (1989). Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87 (1), 49-74. doi: 10.1037/0021-843X.87.1.49.
- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington: Department of Psychiatry, University of Vermont.
- Achenbach, T. M., i Edelbrock, C. S. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Profile*, Burlington, Department of Psychiatry University of Vermont.
- Achotegui, J. (2002). *La depresión en los inmigrantes: una perspectiva transcultural*. Barcelona: Mayo.
- Achotegui, J. (2004). Emigrar en situación extrema: el Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Norte de Salud Mental*, 21, 39-52.
- Achotegui, J. (2012). La crisis como factor agravante del síndrome de Ulises (síndrome del duelo migratorio extremo). *Temas de psicoanálisis*, 3.
- Ahadi, S., i Rothbart, M.K. (1994). Temperament, development, and the Big Five. Dins de Kohnstamm G.A., Halverson C.F. Jr. (Eds.), *The developing structure of temperament and personality from infancy to adulthood* (pp. 189-207). Hillsdale: Erlbaum.
- Albores-Gallo, L., Márquez-Caraveo, M. E., i Estañol, B. (2003). ¿Qué es el temperamento? El retorno de un concepto ancestral. *Salud mental*, 26 (3), 16-26.
- Allison, K, Adalf, E., i Mates, D. (1997). Life strain, coping, and substance use among high school students. *Addiction Research*, 5, 251-272. doi: 10.3109/16066359709005265.
- Allport, G. (1927). Concepts of trait and personality. *Psychological Bulletin*, 24, 284-293. doi: 10.1037/h0073629.
- Aluja, A., Del Barrio, V., i García, L. (2005). Relationships between adolescents memory of parental rearing styles, social values and socialization behavior traits. *Personality and Individual Differences*, 39 (5), 903-924. doi: 10.1016/j.paid.2005.02.028.
- Ambrosini, P. J., i Puig Antich, J. (1985). Major depression in children and adolescents. Dins de D. Shaffer, A. A. Ehrhardt, L. L. Grenhill (Eds.), *The Clinical Guide to Child Psychiatry*, Nova York, Free Press.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2002). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed. rev.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

- American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anderson, E. R., i Hope, D. A. (2008). A review of the tripartite model for understanding the link between anxiety and depression in youth. *Clinical Psychology Review, 28*, 275-287. doi: 10.1016/j.cpr.2007.05.004.
- Andrews, F. M., i Withey, S. B. (1976). *Social indicators of well-being: Americans perceptions of life quality*. Nova York: Plenum.
- Angold, A., Erkanli, A., Silberg, J., Eaves, L., i Costello, E. (2002). Depression scale scores in 8-17 years old: effects of age and gender. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 43*, 1052-1063. doi: 10.1111/1469-7610.00232.
- Avenevoli, S., Stolar, M., Li, J., Dierker, L., i Ries, K., (2001). Comorbidity of depression in children and adolescents: models and evidence from a prospective high-risk family study. *Biological Psychiatry, 49* (12), 1071-1081. doi: 10.1016/S0006-3223(01)01142-8.
- Barkley, R. A. (1997). *ADHD and the Nature of Self-Control*. Nova York: Guilford.
- Barrett, A., i White, H. (2002). Trajectories of gender role orientations in adolescence and early adulthood: a prospective study of the mental health effects of masculinity and femininity. *Journal of Health and Social Behaviour, 43*, 451-468. Disponible a <http://www.jstor.org/stable/3090237>.
- Baumrind, D. (1968). Effects of authoritarian parental control on child behavior. *Child Development, 37*, 887-907. doi: 10.2307/1126611.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: clinical, experimental and theoretical aspects*. Nova York: Hoeber.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. Nova York: International Universities Press.
- Beck, A. T., Rush, S. M., Shaw, D., i Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nova York: Guilford Press. (Versió espanyola: Descleè de Brouwer, Bilbao, 1983).
- Beck, J. S. (1995). *Terapia Cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa.
- Billings, A. G., i Moos, R. H. (1984). Coping stress and social resources among adults with unipolar depression. *Journal of Personality and Social Psychology, 46*, 877-891. doi: 10.1037/0022-3514.46.4.877.
- Boekaerts, M. (1996). Coping with stress in childhood and adolescence. Dins de M. Zeider i N. Endler (Eds.), *Handbook of coping. Theory, research and applications*. Nova York: John Wiley.
- Boutelle, et al., (2010). Obesity as a prospective predictor of depression in adolescent females. *International Journal of Obesity, 33*, 293-298. doi: 10.1037/a0018645.
- Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to its mother. *International Journal of Psychoanalysis, 39*, 350-373.
- Bradburn, N. M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Alside.
- Bragado, C., Carrasco, I., Sánchez, M. L., Bersabe, R. M., i Montsalve, T. (1995). Prevalencia de los trastornos psicopatológicos en niños y adolescentes: resultados preliminares. *Clínica y Salud, 6*, 67-82.

- Brent, D., i Weersing, R. (2008). Depression disorders in childhood and adolescence. Dins de M: Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor, i A. Thapar (Eds.), *Rutter's Child and Psychiatry* (pp. 587-612). Oxford: Wiley-Blackwell.
- Brody, N., i Ehrlichman, H. (1998). *Personality Psychology*. Harlow: Prentice Hall.
- Brown, G. W., Bifulco, A., i Harris, T. O. (1986). Life stress, cronic subclinical symptoms and vulnerability to clinical depression. *Journal of Affective Disorders*, *11*, 1-9. doi: 10.1016/0165-0327(86)90054-6.
- Browne, M. W., i Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. Dins de K. A. Bollen i J. S. (Eds.), *Testing Structural Equation Models* (pp. 136-162). Beverly Hills, CA: Sage.
- Burke, J., Hipwell, A., i Loeber, R. (2010). Dimensions of oppositional defiant disorder as predictors of depression and conduct disorder in preadolescent girls. *Child and Adolescent Psychiatry*, *49* (5), 484-492. doi: 10.1016/j.jaac.2010.01.016.
- Byrne, B. M. (1989). *A primer of LISREL: Basic applications and programming for confirmatory factor analytic models*. Nova York: Springer-Verlag.
- Byrne, B. M. (2010). *Structural Equation Modeling With AMOS: Basic Concepts, Applications, and Programming, 2nd Edition*. Nova York: Routledge.
- Calkins, S. D., i Fox, N. A. (2002). Self-regulatory process in early personality development: A multilevel approach to the study of childhood social withdrawal and aggression. *Development and Psychopathology*, *14*, 477-498. doi: 10.1017/S0954579402003057.
- Campbell, A., Converse, P. E., i Rodgers, W. L. (1976). *The quality of American life: Perceptions, evaluations, and satisfactions*. Nova York: Russell Sage Foundation.
- Cantón, J., Cortés, M. R., i Justicia, M. D. (2007). *Conflictos entre los padres, divorcio y desarrollo de los hijos*. Madrid: Pirámide.
- Cantril, H. (1965). *The pattern of human concerns*. New Brunswick, N.J.: Rutgers University Press.
- Capaldi, D. M., i Rothbart, M. K. (1992). Development and validation of an early adolescent temperament measure. *Journal of Early Adolescence*, *12*, 153-173. doi: 10.1177/0272431692012002002.
- Carlson, G. A. (1987). Seriously depressed preschoolers. *American Journal of Psychiatry*, *144*, 348-350. doi: 10.1176/ajp.144.3.348.
- Carlson, G. A., i Cantwell, D. P. (1980). A survey of depressive symptoms, syndrome and disorder in a child psychiatric population. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *21*, 19-25. doi: 10.1111/j.1469-7610.1980.tb00012.x.
- Carlson, G. A., i Kashani, H. J. (1988). Phenomenology of major depression from childhood through adulthood: analysis of three studies. *American Journal of Psychiatry*, *145*, 1222-1225. doi: 10.1176/ajp.145.10.1222.
- Carranza, J. A., i González, C. (2003). *Temperamento en la infancia: aspectos conceptuales básicos*. Barcelona: Ariel.
- Carrasco, M. A., i Del Barrio, V. (2007). Temperamental and personality variables in child and adolescent depressive symptomatology, *19* (1), 43-48.

- Casas, F. (1996). *Bienestar social. Una introducción psicosocial*. Barcelona: PPU.
- Casas, F. (2010). El bienestar personal: Su investigación en la infancia y la adolescencia. *Encuentros en Psicología*, 5 (1), 85-101.
- Casas, F., Coenders, G., Cummins, R. A., González, M., Figuer, C., i Malo, S. (2008). Does subjective well-being show a relationship between parents and their children. *Journal of Happiness Studies*, 9, 197-205. doi: 10.1007/s10902-007-9044-7.
- Casas, F., Rosich, M., i Alsinet, C. (2000). El bienestar psicológico de los preadolescentes. *Anuario de Psicología*, 31 (2), 73-86.
- Caspi, A., Roberts, B. W., i Shiner, R. L. (2005). Personality development: Stability and change. *Annual Review of Psychology*, 56, 453-484. doi: 10.1146/annurev.psych.55.090902.141913.
- Cassaretto, M., Chau, C., Oblitas, H., i Valdez, N. (2003). Estrés y afrontamiento en estudiantes de psicología. *Revista de Psicología de la PUPC*, XXI (2), 364-392.
- Casullo, M. (1998). *Adolescentes en riesgo*. Buenos Aires: Paidós.
- Cendrine, B., i Ilkka, H. (2010). Inmigración y tendencias suicidas en jóvenes. *Psiquiatría General*, 55 (5), 274-281. Disponible a <http://www.psiquiatria.com/enlaces/652>.
- Chan, D. W. (1995). Depressive symptoms and coping strategies among Chinese adolescents in Hong Kong. *Journal of Youth and Adolescence*, 24, 267-277. doi: 10.1007/BF01537596.
- Chen, X., Rubin, K. H., i Li, B. (1995). Depressed mood in Chinese children: Relation with school performance and family. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 938-947. doi: 10.1037//0022-006x.63.6.938.
- Chien, LL., Ko, H. C., i Wu, J. Y. (2007). The five factor model of personality and depressive symptoms: one year follow-up. *Personality and Individual Differences*, 43 (1013), 10-23. doi: 10.1016/j.paid.2007.02.022.
- Cicognani, E. (2011). Coping strategies with minor stressors in adolescence: relationships with social support, self-efficacy and psychological well-being. *Journal of Applied Social Psychology*, 3, 559-578. doi: 10.1111/j.1559-1816.2011.00726.x.
- Clark, L. A. i Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 316-336. doi: 10.1037/0021-843X.100.3.316.
- Clark, L. A., Watson, D., i Mineka, S. (1994). Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 103-116. doi: 10.1037/0021-843X.103.1.103.
- Colder, R., Mott, J., i Berman, A. (2002). The interactive effects of infant activity level and fear growth trajectories of early childhood behaviour problems. *Development Psychopathology*, 14, 1-23. doi: 10.1017/s0954579402001013.
- Coleman, J. C., i Hendry, L. B. (2003). *Psicología de la adolescencia*. Madrid: Morata.
- Compas, B. E., Connor-Smith, J., Saltzman, H., Thomson, A., i Wadsworth, M. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127, 87-127. doi: 10.1037/0033-2909.127.1.87.

Compas, B. E., Orosan, P. G., i Grant, K. E. (1993). Adolescent stress and coping: implications for psychopathology during adolescence. *Journal of Adolescence*, 16, 331-349. doi: 10.1006/jado.1993.1028.

Compas, B., Coonor-Smith, J., i Jaser, S. S. (2004). Temperament, Stress Reactivity, and Coping: Implications of Depression in Childhood and Adolescence. *Journal of Clinical Child and Adolescence Psychology*, 33, 21-31. doi: 10.1207/S15374424JCCP3301_3.

Compas, B., i Wagner, B. (1991). Psychosocial stress during adolescence: intrapersonal and interpersonal processes. Dins de M. E. Colten i S. Gore (Eds.), *Adolescent stress: causes and consequences* (pp. 67-86). Nova York: Aldine de Gruyter.

Costa, P., i McCrae, R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: happy and unhappy people. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 668-678. doi: 10.1037/0022-3514.38.4.668.

Costello, E., Erkanli, A., i Angolds, A. (2006). Is there an epidemic of child or adolescent depression? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47 (12), 1263-1271. doi: 10.1111/j.1469-7610.2006.01682.x.

Crespo, M., i Cruzado, J. A. (1997). La evaluación del afrontamiento: adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de conducta*, 23, 797-830.

Cummins, R. A. (2000). Personal income and subjective well-being: a review. *Journal of Happiness Studies*, 1, 133-158. doi: 10.1023/A:1010079728426.

Cummins, R. A., Eckersley, R., Lo, S. K., Okerstrom, E., Hunter, B., i Davern, M. (2004). *Australian Unity Wellbeing Index: Cumulative Psychometric Record*. Melbourne: Australian Centre on Quality of Life, School of Psychology, Deakin University.

Cummins, R. A., Gullone, E., i Lau, A. (2002). A model of subjective well-being homeostasis: the role of personality. Dins de E. Gullone i R. Cummins. The universality of subjective wellbeing indicators. A multi-disciplinary and multi-national perspective. *Social Indicators Research Series*, 16, 7-46.

Cummins, R. A., i Gullone, E. (2000). Why we should not use 5-point Likert scales: The case for subjective quality of life measurement. Dins de *Proceedings, second International conference on quality of life* (pp. 74-93). Singapore: National University of Singapore.

Cummins, R., i Cahill J. (2000). Avances en la comprensión de la calidad de vida subjetiva. *Intervención psicosocial. Revista sobre igualdad y calidad de vida*, 9 (2), Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid (pp. 185-198). Madrid.

Cummins, R., McCabe, M., Romeo, Y., i Gullone, E. (1994). The comprehensive quality of life scale: instrument development and psychometric evaluation on tertiary staff and students. *Educational and Psychological measurement*, 54, 372-382.

Cunningham, E. G., i Walker, G. (1999). Screening for at-risk youth: predicting adolescent depression from coping styles. *Australian Journal of Guidance and Counselling*, 9, 15-24. Disponible a <http://hdl.handle.net/1959.3/54296>.

De Boo, G., i Spiering, M. (2010). Pre-adolescence gender difference in associations between temperament, coping and mood. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17, 313-320. doi: 10.1002/cppp.664.

- De Coster, S. (2005). Depression and law violation: gendered responses to gendered stresses. *Sociological Perspectives*, 48, 155-187. doi: 10.1525/sop.2005.48.2.155.
- De la Fuente, R. (1983). Psicología médica. Dins de *El Temperamento, los motivos de la Conducta y el Carácter*. Capítol VII Fondo de Cultura Económica. México.
- Deci, E. L., i Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. Nova York: Springer.
- Del Barrio, V. (1996). Depresión infantil y sus aspectos psicosociales. Dins de Alberca, A. i Prieto, C. (Comps.), *Manual práctico de psicología clínica y de la salud*. Málaga: Publicaciones del Centro Clínico los Naranjos.
- Del Barrio, V. (1997). *Depresión infantil*. Barcelona: Ariel Practicum.
- Del Barrio, V. (1997). La depresión infantil y sus aspectos psicosociales. Dins de Hombrades, M. I., *Estrés y Salud*, Málaga, Publicaciones de la Universidad de Málaga.
- Del Barrio, V. (2000). *La depresión infantil: factores de riesgo y posibles soluciones*. Málaga: Aljibe.
- Del Barrio, V. (2007). *Depresión infantil*. Barcelona: Ariel.
- Del Barrio, V. (2010). La depresión infantil a la altura de nuestro tiempo. *Información Psicológica*, 100, setembre-deseembre, pp. 49-59.
- Del Barrio, V., i Carrasco, M. A. (2006). Maternal rearing and depression. *26th International Congress of Applied Psychology*. Atenes, Juliol, 17-22.
- Del Barrio, V., i González, M. J. (2001). Children's affective judgements and depression (IAPS, Lang, 1997), comunicació presentada al 6th Conference of the European Association of Psychological Assessment. Aachen, Alemanya.
- Del Barrio, V., Moreno, C., i López, R. (1997). Ecology of depression in Spanish children. *European Psychologist*, 2, 18-27. doi: 10.1027/1016-9040.2.1.18.
- Del Barrio, V., Moreno, C., i Roa, L. (1994e). Cohesión familiar y depresión infantil. *Actas del Symposium Internacional de Educación y Familia. Nuevos retos del cambio social*, p. 66.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575. doi: 10.1037/0033-2909.95.3.542.
- Diener, E. (1994). Assessing subjective well-being: progress and opportunities. *Social Indicators Research*, 3, 103-157. doi: 10.1007/bf01207052.
- Diener, E. (2006). Guidelines for National Indicators of Subjective Well-Being and Ill-Being. *Applied Research in Quality of Life*, 1 (2), 151-157. doi: 10.1007/s11482-006-9007-x.
- Diener, E., i Biswas-Diener, R. (2000). New directions in subjective well-being research: the cutting edge. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 27, 21-33.
- Diener, E., i Lucas, R. E. (2000). Subjective emotional well-being. Dins de M. Lewis i J. M. Haviland, *Handbook of emotions* (2ª edició). Nova York: Guilford, 325-337.
- Domènech, E., i Polaino, A. (1990a). *Epidemiología de la depresión infantil*. Barcelona: Espaxs.

- Domènech, E., Subirà, S., i Cuxart, F. (1996). Trastornos del estado del ánimo en la adolescencia temprana. La labilidad afectiva. Dins de Buendía, J. (Dir.). *Psicopatología en niños y adolescentes: Desarrollos actuales*. Madrid: Pirámide.
- Domènech-Llaberia, E., Viñas, F., Pla, E., Jané, M. C., Mitjavila, M., Corbella, T., i Canals, J. (2009). Prevalence of major depression in preschool children. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 18, 597-604. doi: 10.1007/s00787-009-0019-6.
- Donaldson, D., Prinstein, M. J., Danovsky, M., i Spirito, A. (2000). Patterns of children's coping with life stress: Implications for clinicians. *American Journal of Orthopsychiatry*, 70 (3), 351-359. doi: 10.1037/h0087689.
- Ebata, A. T., i Moss, R. H. (1991). Coping and adjustment in healthy and distressed adolescents. *Journal of Applied Development Psychology*, 12, 33-54. doi: 10.1016/0193-3973(91)90029-4.
- Eisenberg, N., Cumberland, A., Spinrad, T. L., Fabes, R. A., Shepard, S. A., Reiser, M., Murphy, B. C., Losoya, S. H., i Guthrie, I. K. (2001). The relations of regulation and emotionality to children's externalizing and internalizing problem behavior. *Child Development*, 72 (4), 1112-1134. doi: 10.1111/1467-8624.00337.
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., Guthrie, I. K., i Reiser, M. (2000). Dispositional emotionality and regulation: Their role in predicting quality of social functioning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 136-157. doi: 10.1037/0022-3514.78.1.136.
- Eisenberg, N., Fabes, R., Nyman, M., Bernzweig, J., i Pinuelas, A. (1994). The relations of emotionality and regulation to children's anger-related reactions. *Child Development*, 65, 109-128. doi: 10.2307/1131369.
- Eisenberg, N., Fabes, R.A., i Guthrie, I.K. (1997). Coping with stress: The roles of regulation and development. Dins de S.A. Wolchik i N. Sandler (Eds.), *Handbook of Children's coping: Linking Theory and Intervention*. Nova York: Plenum Press.
- Ellis, L. K., González, M., i Viñas, F. (2009). Cross-cultural differences in temperament during adolescence: The United States and Spain. *Poster presented at the 2009 Biennial Meeting of the society of research in child development*. Denver: Colorado.
- Ellis, L. K., i Rothbart, M. K. (2001). Revision of the early adolescent temperament questionnaire. *Poster presented at the 2001 Biennial Meeting of the society of research in child development*. Minneapolis: Minnesota.
- Else-Quest, N. M., Hyde, J. S., Goldsmith, H. H., i Van Hulle, C.A (2006). Gender differences in temperament: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 132, 33-72. doi: 10.1037/0033-2909.132.1.33.
- Endler, N. S., i Parker, J. D. A. (1990). Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 844-854. doi: 10.1037/0022-3514.58.5.844.
- Etxebarria, I., Apodaca, P. Eceiza, A., Fuentes, M. J., i Ortiz, M. J. (2003). Diferencias de género en emociones y en conducta social en la edad escolar. *Infancia y aprendizaje*, 26 (2), 147-161. doi: 10.1174/021037003321827759.
- Eysenck, H. J. (1947). *Dimensions of personality*. Londres: Routledge i Kegan Paul.

- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., i Beautrais, A. L. (1999). Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people? *Archives of General Psychiatry* 56, 876-880. doi: 10.1001/archpsyc.56.10.876.
- Festorazzi, A., Rodríguez, A. L., i Lotero, J. (2008). Epidemiología de los trastornos de ansiedad y depresión en adolescentes de una población rural. *Revista de Posgrado de la VIª Cátedra de Medicina*, 184, agost.
- Fisher, N., i Happé, F. (2005). A training study of theory of mind and executive function in children with autistic disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35 (6), 757-771. doi: 10.1007/s10803-005-0022-9.
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Lemos-Giráldez, S., i Muñiz, J. (2011). Prevalencia y características de la sintomatología depresiva en adolescentes no clínicos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39 (4), 217-25.
- Frick, P. J. (2004). *Inventory of callous-unemotional traits*. Unpublished rating scale, University of New Orleans, Nova Orleans, LA.
- Frick, P. J., i Morris, A. S. (2004). Temperament and developmental pathways to conduct problems. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 54-68. doi: 10.1207/s15374424jccp3301_6.
- Fröjd, S. A., Nissinen, E. S., Pelkonen, M. U., Marttunen, M. J., Koivisto, A. M., i Kaltiala-Heino, R. (2008). Depression and school performance in middle adolescent boys and girls. *Journal of Adolescence*, 31 (4), 485-498. doi: 10.1016/j.adolescence.2007.08.006.
- Frydenberg, E. (1994). Adolescent concerns: the concomitants of coping. *Australian Journal of Educational and Developmental Psychology*, 4, 1-11.
- Frydenberg, E. (1997). *Adolescent coping. Theoretical and Research Perspectives*. Nova York: Routledge.
- Frydenberg, E., i Lewis, R. (1991). Adolescent coping: the different ways in which boys and girls cope. *Journal of Adolescence*, 14, 119-133. doi: 10.1016/0140-1971(91)90025-m.
- Frydenberg, E., i Lewis, R. (1993). Boys play sport and girls turn to others: age gender and ethnicity as determinants of coping. *Journal of Adolescent*, 16, 253-266. doi: 10.1006/jado.1993.1024.
- Frydenberg, E., i Lewis, R. (1994). Coping with different concerns: consistency and variation in coping strategies used by adolescents. *Australian Psychologist*, 29 (1), 45-48. doi: 10.1080/00050069408257320.
- Frydenberg, E., i Lewis, R. (1996). A replication study of the structure of the Adolescent Coping Scale: multiple forms and Applications of a self-report inventory in a counselling and research context. *European Journal of Psychological Assessment*, 12 (3), 224-235. doi: 10.1027/1015-5759.12.3.224.
- Frydenberg, E., i Lewis, R. (1997). ACS. *Escala de Afrontamiento para adolescentes. Adaptación española de Jaime Pereña y Nicolás Seisdedos*. Manual. Madrid: TEA.
- Frydenberg, E., i Lewis, R. (1999). Things don't better just because you're older: a case for facilitating reflection. *British Journal of Educational Psychology*, 69, 81-94. doi: 10.1348/000709999157581.
- Frydenberg, E., i Lewis, R. (2004). Adolescents least able to cope: how do they respond to their stresses? *British Journal of Guidance and Counselling*, 32, 25-37. doi: 10.1080/03069880310001648094.

- Frydenberg, E., i Lewis, R. (2009). Relations among well-being, avoidant coping, and active coping in a large sample of Australian adolescents. *Psychological Reports, 104*, 745-758. doi: 10.2466/PRO.104.3.745-758.
- Funes, J. (2004). Migración y adolescencia. Dins de *La inmigración extranjera en España. Los retos educativos*. Fundación La Caixa. Colección de Estudios Sociales, pp. 117-142.
- Gadow, K. D., i Sprafkin, J. (1999). *Youth's Inventory-4 Manual*. Stony Brook, Nova York: Checkmate Plus Ltd.
- Gamble, W. C. (1994). Perceptions of controlability and other stressor event characteristics as determinants of coping among young adolescents and young adults. *Journal of Youth and Adolescence, 23*, 65-84. doi: 10.1007/bf01537142.
- Garber, J. (2006). Depression in children and adolescents: linking risk research and prevention. *American Journal of Preventive Medicine, 31*, 104-125. doi: 10.1016/j.amepre.2006.07.007.
- García, C. (2010). Conceptualization and measurement of coping during adolescence: a review of the literature. *Journal of Nursing Scholarship, 42*, 166-185. doi: 10.1111/j.1547-5069.2009.01327.x.
- Garrison, C. Z., Shoenbach, V. J., i Kaplan, B. H. (1985). Depressive symptoms in early adolescence. Dins de A. Dean, *Depression in multidisciplinary perspective*, Nova York: Brunner/Mazel.
- Garrison, C. Z., Waller, J. L., Cuffe, S. P., McKeown, R. E., Addy, C. L., i Jackson, K. L. (1997). Incidence of major depressive disorder and dysthymia in young adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*, 458-465. doi: 10.1097/00004583-199704000-00007.
- Gartstein, M. A., Bridgett, D. J., Rothbart, M. K., Robertson, C., Iddins, E., Ramsay, K., i Schlect, S. (2010). A latent growth examination of fear development in infancy: contributions of maternal depression and the risk for toddler anxiety. *Developmental Psychology, 46*, 651-668. doi: 10.1037/a0018898.
- Gartstein, M. A., i Rothbart, M. K. (2003). Studying infant temperament via the Revised Infant Behavior Questionnaire. *Infant Behavior and Development, 26* (1), 64-86. doi: 10.1016/s0163-6383(02)00169-8.
- Giedd, J., Shaw, P., Greenstein, D., Lerch, J., Clasen, L., Lenroot, R., Gogtay, N., Evans, A., i Rapoport, J. (2006). Intellectual ability and cortical development in children and adolescents. *Nature, 440*, 676-679. doi: 10.1038/nature04513.
- Gillberg, C., Gillberg, I. C., Rasmussen, P., Kadesjo, B., Soderstrom, H., Rastam, M., Johnson, M., Rothenberger, A., i Niklasson, L. (2004). Co-existing disorders in ADHD-implications for diagnosis and intervention. *European Child and Adolescent Psychiatry, 13* (1), 80-92. doi: 10.1007/s00787-004-1008-4.
- Goldsmith, H. H., Buss, A. H., Plomin, R., Rothbart, M. K., Thomas, A., i Chess, S. (1987). What is temperament? Four approaches. *Child Development, 58*, 505-529. doi: 10.1111/j.1467-8624.1987.tb01398.x.
- Gómez, P., i Del Barrio, V. (2003). *Depresión materna: el efecto en la salud mental de sus hijos*. Madrid: UCM, DEA.
- González, R., Montoya, I., Casullo, M., i Bernabéu, J. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes, *Psicothema, 14*, 363-368.

- González, M. T., Espada, J. P., i Orgilés, M. (2015). Estado de ánimo y consumo de tabaco en una muestra de adolescentes españoles. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 47 (2), 86-92. doi: 10.1016/j.rlp.2015.05.001.
- Gore, S., Aseltine, R. H., i Colton, M. (1992). Social structure, life stress and symptoms in a high school-aged population. *Journal Health and Social Behaviour*, 33, 97-113. doi: 10.2307/2137249.
- Gotlib, I. H., Hamilton, J. P., Cooney, R. E., Singh, M. K., Henry, M., i Joormann, J. (2010). Neural processing of reward and loss in girls at risk for major depression. *Archives of General Psychiatry*, 67, 380-387. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.13.
- Gotlib, I. H., i Hammen, C. L. (1996). *Psychological aspects of depression: Towards a cognitive-interpersonal integration*. Londres: Wiley. doi: 10.1002/depr.3050020211.
- Gotlib, I. H., Lewinsohn, P. M., i Seeley, J. R. (1995). Symptoms versus a diagnosis of depression differences in psychosocial functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 90-100. doi: 10.1037/0022-006x.63.1.90.
- Grabe, S., Hyde, J., i Lindberg, S. (2007). Body objectification and depression in adolescents: the role of gender, shame, and rumination. *Psychology of Women Quarterly*, 31, 164-175. doi: 10.1111/j.1471-6402.2007.00350.x.
- Greene, R. W., Biederman, J., Zerwas, S., Monuteaux, M., Goring, J. C., i Faraone, S. V. (2002). Psychiatric comorbidity, family dysfunction, and social impairment in referred youth with oppositional defiant disorder. *American Journal of Psychiatry*. doi: 10.1176/appi.ajp.159.7.1214.
- Griffith, M. A., Dubow, E. F., i Ippolito, M. F. (2000). Developmental and cross-situational differences in adolescents coping strategies. *Journal of Youth and Adolescence*, 29, 183-204. doi: 10.1023/A:1005104632102.
- Grinberg, L., i Grinberg, R. (1996). *Migración y exilio: estudio psicoanalítico*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Groer, M. W., Thomas, S. P., i Shoffner, D. (1992). Adolescent stress and coping: A longitudinal study. *Research in Nursing and Health*, 15, 209-217. doi: 10.1002/nur.4770150307.
- Gualtero, R. D., i Gomà, M. (2009). Inmigración extranjera y salud mental infantil y juvenil: estudio multicéntrico. *Anales de Psiquiatría*, 25 (4), 176-181. Disponible a <http://www.grupoaran.com/webN/revistas.asp>.
- Hampel, P., i Petermann, F. (2005). Age and gender effects on coping in children and adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 34, 73-83. doi: 10.1007/s10964-005-3207-9.
- Hankin, B.L., Gibb, B.E., Abela, J.R.Z., i Flory, K. (2010). Selective attention to affective stimuli and clinical depression among youth: Role of comorbid anxiety and specificity of emotion. *Journal of Abnormal Psychology*, 119, 491-501. doi: 10.1037/a0019609.
- Harrington, R. (2001). Adolescence depression: same or different? *Archives of General Psychiatry*, 58, 21-22. doi: 10.1001/archpsyc.58.1.21.
- Hermann-Stahl, M. A., Stemmler, M. K., i Petersen, A. C. (1995). Approach and avoidant coping: implications for adolescent mental health. *Health of Youth and Adolescence*, 24, 649-665. doi: 10.1007/BF01536949.

- Herrero, J. (2010). El análisis factorial confirmatorio en el estudio de la estructura y estabilidad de los instrumentos de evaluación: un ejemplo con el cuestionario de autoestima CA-14. *Psychosocial Intervention*, 3, 289-300. doi: 10.5093/in2010v19n3a9.
- Hetherington, E. M., i Martin, B. (1972). Family interaction and psychopathology in children. Dins de H. C. Quay i J. S. Werry (Eds.), *Psychopathology disorders of childhood*. Nova York: John Wiley i Sons.
- Hills, P., i Argyle, M. (2001). Happiness, introversion-extraversion and happy introverts. *Personality and Individual Difference*, 30, 595-608. doi: 10.1016/s0191-8869(00)00058-1.
- Hirshfeld-Becker, D., i Biederman, J. (2002). Temperamental correlates of disruptive behavior disorders in young children: preliminary findings. *Biological Psychiatry*, 51, 563-74. doi: 10.1016/s0006-3223(01)01299-9.
- Hu, L., i Bentler, P. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 1, 1-55. doi: 10.1080/10705519909540118.
- Huebner, E. S. (2004). Research on assessment of life satisfaction of children and adolescents. *Social Indicators Research*, 66, 3-33. doi: 10.1023/B:SOCI.0000007497.57754.e3.
- Huizinga, M., i Smidts, D.P. (2011). Age-related changes in executive function: A normative study with the Dutch version of the Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF). *Child Neuropsychology*, 17 (1), 51-66. doi: 10.1080/09297049.2010.509715.
- Icart, I., Belzunegui, A. G., i Pastor, I. (2004). ¿Conflictos educativos o conflictos sociales? Sobre los procesos de etnificación de las comunidades. *Migraciones*, 16, 201-226.
- Ivarsson, T., Broberg, A. G., Arvidsson, T., i Gillberg, C. (2005). Bullying in adolescence: Psychiatric problems in victims and bullies as measured by the Youth Self Report (YSR) and the Depression Self-Rating Scale (DSRS). *Nordic Journal of Psychiatry*, 59, 365-373. doi: 10.1080/08039480500227816.
- Izquierdo, A. (1996). *La inmigración inesperada. La población extranjera en España (1991-1995)*. Madrid: Trotta.
- Jackson, S., Bijstra, J., Oostra, L., i Bosma, H. (1998). Adolescents perceptions of communication with parents relative to specific aspects of relationships with parents and personal development. *Journal of Adolescence*, 21, 305-322. doi: 10.1006/jado.1998.0155.
- Jaureguizar, J., Bernaras, E., Soroa, M., Sarasa, M., i Garaigordobil, M. (2015). Sintomatología depresiva en adolescentes y variables asociadas al contexto escolar y clínico. *Psicología Conductual*, 23 (2), 245-264.
- Jennings, M. (1990). Student's replies on sex, suicide, alcohol alarm education chief. *The Courier-Journal*, 1-10, (Louisville, Kentucky).
- Jessor, R. (1993). Successful adolescent development among youth in high-risk settings. *American Psychological Association*, 48 (2), 117-126. doi: 10.1037//0003-066x.48.2.117.
- Kaltiala-Heino, R., Rimpela, M., Rantanen, P., i Rimpela, A. (2000). Bullying at school: an indicator of adolescents at risk for mental disorders. *Journal of Adolescence* 23, 661-674. doi: 10.1006/jado.2000.0351.

- Kandel, D. B., i Davies, M. (1982). Epidemiology of depressive mood in adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 39, 1205-1212. doi: 10.1001/archpsyc.1982.04290100065011.
- Kanfer, R. H. (1977). Self-regulation: research, issues and speculations. Dins de C. Neuringer i J. L. Michael, (Eds.), *Behavior modification in clinical psychology* (pp. 178-220). Nova York: Appleton-Century-Crofts.
- Kaplan, S. L., Hong, G. K., i Weinhold, C. (1984). Epidemiology of depressive symptomatology in adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 23, 91-98. doi: 10.1097/00004583-198401000-00013.
- Kashani, J. H., Carlson, G. A., Beck, N. C. et al. (1990). Depression, depressive symptoms, and depressed mood among a community sample of adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 144, 474-477. doi: 10.1176/ajp.144.7.931.
- Kashani, J. H., Carlson, G. A., Beck, N. C., Hooper, E. W., Corcoran, C. M., McAllister, J. A., Fallahi, C., Rosenberg, T. K., i Reid, J. C. (1987). Depression, depressive symptoms, and depressed mood among a community sample of adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 144 (7), 931-934. doi: 10.1176/ajp.144.7.931.
- Kaslow, F. W. (1996). *Handbook of relational diagnosis and dysfunctional family patterns*, Nova York: Wiley.
- Kazdin, A. E. (1989). Childhood depression. Dins de E. J. Mash i R. A. Terdal, *Treatment of Childhood disorders*. Nova York: Guilford Press.
- Keenan, K., Hipwell, A., Duax, J., et al. (2004). Phenomenology of depression in young girls. *Journal of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 43 (9), 1098-1106. doi: 10.1097/01.chi.0000131137.09111.d0.
- Kelvin, R., Goodyer, I., i Altham, P. (1996). Temperament and psychopathology amongst disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 543-550. doi: 10.1111/j.1469-7610.1996.tb01440.x.
- Kendall, Ph. C., i Brady, E. U. (1993). Comorbidity in anxiety and depression in children. Dins de K. D. Craig i K. Dobson, *Anxiety and depression in adult and children*, Londres: Sage.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Swartz, M., Blazer, D. G., i Nelson, C. B. (1993). Sex and depression in the National Comorbidity Survey: lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *Journal of Affective Disorders*, 29, 85-96. doi: 10.1016/0165-0327(93)90026-G.
- Keyes, C. L. M., i Magyar-Moe, J. L. (2003). The measurement and utility of adult subjective well-being. Dins de S. J. Lopez i C. R. Snyder (Eds.), *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures* (pp. 411-425). Washington, DC: APA.
- Kim, K., Conger, R., Edler, G., i Lorenz, F. (2003). Reciprocal influences between stressful life events and adolescent internalizing and externalizing problems. *Child Development*, 74, 127-143. doi: 10.1111/1467-8624.00525.
- Kochman, F., Hantouche, E., Ferrari, P., Lancrenon, S., Bayart, D., i Akiskal, H. (2005). Cyclothymic temperament as a prospective predictor of bipolarity and suicidality in children and adolescents with major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 85, 181-189. doi: 10.1016/j.jad.2003.09.009.
- Kort-Butler, L. A. (2009). Coping styles and sex differences in depressive symptoms and delinquent behavior. *Journal Youth Adolescence*, 38, 122-136. doi: 10.1007/s10964-008-9291-x.

Kovacs, M. (2010). Prodromal symptoms and atypical affectivity as predictors of major depression in juveniles: implications for prevention. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *51*, 472-496. doi: 10.1111/j.1469-7610.2010.02230.x.

Kovacs, M. (1992). *The Children's Depression Inventory (CDI): manual*. Nova York: Multi-Health Systems, Inc.

Kovacs, M., Gatsonis, C., Paulauskas, S. L., i Richards, C. (1990). Depressive disorders in childhood: IV: a longitudinal study of comorbidity with and risk for anxiety disorders. *Annual Progress in Child Psychiatry and Child Development*, 387-407.

Kovacs, M., i Beck, A. T. (1977). An empirical-clinical approach toward a definition of childhood depression. Dins de J. G. Schulterbrandt i A. Raskin (Eds.), *Depression in childhood: diagnosis, treatment and conceptual models*. Nova York: Raven Press.

Kozman, A., Stone, S., i Stones, M. J. (1997). Los enfoques de top-down y bottom-up del bienestar subjetivo. *Intervención Psicosocial*, *6* (1), 77-90.

Krattenmacher, T., Kühne, F., Führer, D., Beierlein, V., Brähler, E., Resch, F., Klitzing, K., Flechtner, H. H., Bergelt, C., Romer, G., i Möller, B. (2013). Coping skills and mental health status in adolescents when a parent has cancer: A multicenter and multi-perspective study. *Journal of Psychosomatic Research*, *74*, 252-259. doi: 10.1016/j.jpsychores.2012.10.003.

Lakey, B., Tardiff, T. A., i Drew, J. B. (1994). Negative social interactions: assessment and relations to social support, cognition and psychological distress. *Social and Clinical Psychology*, *13*, 42-62. doi: 10.1521/jscp.1994.13.1.42.

Landy, S. (2002). Pathways to competence: encouraging healthy social and emotional development in young children. Dins de J. E. (2008). *El desarrollo psicológico infantil. Áreas y procesos fundamentales* (pp. 313-315). Castelló de la Plana: Universitat.

Lazarus, R. S., i Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nova York: Springer.

Lenroot, R. K., i Giedd, J. N. (2010). Sex differences in the adolescent brain. *Brain and Cognitive Sciences*, *72*, 46-55. doi: 10.1016/j.bandc.2009.10.008.

León, O., i Montero, I. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *7* (3), 847-862. Disponible a: <http://www.redalyc.org/articulo.oa>.

Lewinsohn, P. M., i Hoberman, H. M. (1982). Depression. Dins de A. S. Bellack, M. Hersen i A. E. Kazdin, *International handbook of behavior therapy*. Nova York: Plenum Press.

Lewinsohn, P. M., Roberts, R. E., Seeley, J. R., Rohde, P., Gotlib, I. H., i Hops, H. (1994). Adolescent psychopathology: II. Psychosocial risk factors for depression. *Journal of Abnormal Psychology*, *103*, 302-315. doi: 10.1097/00004583-199504000-00018.

Liem, E. T., Sauer, P. J., Oldehinkel, A. J., i Stolck, R. P. (2008). Association between depressive symptoms in childhood and adolescence and overweight in later life. *Archives Pediatric Adolescent Medicine*, *162*, 981-988. doi: 10.1001/archpedi.162.10.981.

Liu, X., i Kaplan, H. (1999). Explaining gender differences in symptoms of subjective distress in young adolescents. *Stress Medicine*, *15*, 41-51. doi: 10.1002/(sici)1099-1700(199901)15:1<41::aid-smi784>3.0.co;2-3.

- Loeber, R., Burke, J. D., Lahey, B. B., Winters, A., i Zera, M. (2000). Oppositional defiant conduct disorder: A review of the past 10 years, Part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1468-1484. doi: 10.1097/00004583-200012000-00007.
- Lonigan, C. J., Vasey, M. W., Phillips, B. M., i Hazen, R. A. (2004). Temperament, anxiety, and the processing of threat-relevant stimuli. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 8-20. doi: 10.1207/S15374424JCCP3301_2
- Lonigan, C. J., i Phillips, B. M. (2001). Temperamental influences on the development of anxiety disorders. Dins de M. W. Vasey i M. R. Dadds (Eds.), *The Developmental Psychopathology of Anxiety*, pp. 60-91. Nova York: Oxford University Press.
- López Ibor, J. J. (1966). *Las neurosis como enfermedades del ánimo*. Madrid: Gredos.
- López Ibor, J. J. (1972). *Los equivalentes depresivos*. Madrid: Paz Moltalvo.
- Luby, J., Heffelfinger, A., Mrakotsky, C., Hessler, M., Brown, K., i Hildebrand, T. (2002). Preschool major depressive disorder: preliminary validation for developmentally modified DSM-IV Criteria. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 928-937. doi: 10.1097/00004583-200208000-00011.
- Lucas, R. E., Diener, E., i Suh, E. M. (1996). Discriminant validity of well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 616-628. doi: 10.1037/0022-3514.71.3.616.
- Maccoby, E., i Jacklin, C. (1974). *The psychology of sex differences*. Stanford: Stanford University Press, 1974.
- Marcelli, D. (1992). *Adolescencia y depresión: un abordaje multifocal*. Barcelona: Masson.
- Masi, G., Millepiedi, S., Mucci, M., Poli, P., Bertini, N., i Milantoni, L. (2004). Generalized anxiety disorder in referred children and adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 752-760. doi: 10.1097/01.chi.0000121065.29744.d3.
- McCall, R., Goldsmith, H., Buss, A., Plomin, R., Rothbart, M., Thomas, A., Chess, S., i Hinde, R. (1987). Roundtable: what is temperament? Four approaches. *Child Development*, 58, 505-529. doi: 10.2307/1130527.
- McMahon, D. M. (2006). *Happiness: a history*. Nova York: Atlantic Monthly Press.
- Méndez, F. X., Moreno, P. J., Sánchez-Meca, J., Olivares, J., i Espada, J. P. (2000). Eficacia del tratamiento psicológico de la depresión infantil y adolescente: una visión cualitativa y cuantitativa de dos décadas de investigación. *Psicología conductual*, 8, 487-510.
- Millon, T. (1990). *Toward a new personology: An evolutionary model*. Nova York: Wiley-Interscience.
- Ministerio de Igualdad (2009). *La salud mental de las personas jóvenes en España*. Revista de estudios de juventud, pp. 85-104.
- Ministerio de Sanidad (2009). *Guía de la práctica clínica sobre la Depresión Mayor en la infancia y en la adolescencia*. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación.
- Moffitt, T. E., i Scott, S. (2008). Conduct disorders of childhood and adolescence. Dins de M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor i A. Thapar (Eds.), *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*, 5th edition (pp. 543-564). Oxford: Blackwell.

- Moreno, C., Del Barrio, V., i Mestre, V. (1995). Acontecimientos vitales en adolescentes. Un estudio comparativo en dos niveles de edad. *Ciencia Psicológica*, 2, 18-28.
- Moreno, C., Del Barrio, V., i Mestre, V. (1996). Acontecimientos vitales en adolescentes. *IberPsicología*, 1 (10), 18-28.
- Moreno, C., López, R., i Roa, L. (1995). Trastornos de ansiedad en la infancia. *A Distancia*, tardor, 62-67.
- Morris, C., Ciesla, J. A., i Garber, J. (2010). A prospective study of stress autonomy versus stress sensitization in adolescents at varied risk for depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 119, 341-354. doi: 10.1037/20019036.
- Moss, R. (1993). *Coping Responses Inventory-Adult Form Professional Manual*. Odessa, Fla.: Psychological Assessment Resources.
- Mullis, R. L., i Champan, P. (2000). Age, gender and self-esteem differences in adolescent coping styles. *Journal of Social Psychology*, 140 (4), 539-541. doi: 10.1080/00224540009600494.
- Muris, P., i Ollendick, T. (2005). The role of temperament in the etiology of child psychopathology. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 8 (4), 271-289. doi: 10.1007/s10567-005-8809-y.
- Muris, P., Meesters, C., i Van den Berg, S. (2004). Internalizing and externalizing problems as correlates of self-reported attachment style and perceived parental rearing in normal adolescents. *Journal of Child Family Studies*, 12, 171-183. doi: 10.1023/A:1022858715598.
- Muris, P., Meesters, C., Schouten, A., i Hoge, E. (2004). Effects of perceived control on the relationship between perceived parental rearing behavior and symptoms of anxiety and depression in non-clinical preadolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 12, 171-51-67. doi: 10.1023/a:1027334314021.
- Muris, P., Schouten, E., Meesters, C., i Gijssbers, H. (2003). Contingency-competence-control related beliefs and symptoms of anxiety and depression in a young adolescent sample. *Child Psychiatry and Human Development*, 33 (4), 325-339. doi: 10.1023/A:1023040430308.
- Myers, D., i Diener, E. (1995). Who is happy? *Psychological Science*, 6, 10-19. doi: 10.1111/j.1467-9280.1995.tb00298.x.
- Naninck, E., Lucassen, P., i Bakker, J. (2011). Sex differences in adolescent depression: do sex hormones determine vulnerability? *Journal of Neuroendocrinology*, 23, 383-392. doi: 10.1111/j.1365-2826.2011.02125.x.
- Nolen-Hoeksema, S., Girgus, J. S., i Seligman, M. E. P. (1992). Predictors and consequences of childhood depressive symptoms: a 5 years longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 405-422. doi: 10.1021-843X/92.
- Offer, A. (1996). *In pursuit of the quality of life*. Nova York: Oxford University Press.
- Oldehinkel, A. J., Hartman, C. A., De Winter, A. F., Veenstra, R., i Ormel, J. (2004). Temperament profiles associated with internalizing and externalizing problems in preadolescence. *Development and Psychopathology*, 16, 421-440. doi: 10.1017/S0954579404044591.
- Organización Mundial de la Salud. 10.ª Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10). *Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor, 2001.

- Orjales, I. (2000). Déficit de atención con hiperactividad: el modelo híbrido de las funciones ejecutivas de Barkley. *Revista Complutense de Educación*, 1, 71-84.
- Parsons, A., Frydenberg, E., i Poole, C. (1996). Overachievement and coping strategies in adolescent males. *British Journal of Educational Psychology*, 66, 109-114. doi: 10.1111/j.2044-8279.1996.tb01180.x.
- Patel, V., Fisher, A. J., Hetrick, S., i McGorry, P. (2007). Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet*, 369, 1302-1313. doi: 10.1016/s0140-6736(07)60368-7.
- Paykel, E. S. (1994). Life events, social support and depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 50-58. doi: 10.1111/j.1600-0447.1994.tb05803.x.
- Peña, J. B., Wyman, P. A., Brown, C. H., Matthieu, M. M., Olivares, T. E., Hartel, D., i Zayas, L. H. (2008). Immigration generation status and its association with suicide attempts, substance use, and depressive symptoms among latino adolescents in the USA. *Prevention Science*, 9 (4), 299-310. doi: 10.1007/s11121-008-0105-x.
- Piaget, J. (1962). Comments on Vygotsky's critical remarks, *Thought and language* (pp. 1-14). Cambridge MA: MIT Press.
- Piko, B. (2001). Gender differences and similarities in adolescents ways of coping. *The Psychological Record*, 51 (2), article 4.
- Pine, D. S. (2010). Developmental psychobiology and response to threats: relevance to trauma in children and adolescents. *Biological Psychiatry*, 53, 796-808. doi: 10.1016/s0006-3223(03)00112-4.
- Pine, D. S., Cohen, P., Johnson, J. G., i Brook, J. S. (2002). Adolescent life events as predictors of adults depression. *Journal of Affective Disorders*, 68, 49-57. doi: 10.1016/s0165-0327(00)00331-1.
- Plancherel, B., Bolognini, M., i Halfon, O. (1998). Coping strategies in early and mid-adolescence: differences according to age and gender in a community sample. *European Psychologist*, 3 (3), 192-201. doi: 10.1027/1016-9040.3.3.192.
- Plancherel, B., i Bolognini, M. (1995). Coping and mental health in early adolescence. *Journal of Adolescence*, 18, 459-474. doi: 10.1027/1016-9040.3.3.192.
- Pons, G., i Del Barrio, V. (1993). Depresión infantil y divorcio. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 11, 95-106.
- Pope, A., McHale, S., i Craighead, W. E. (1996). *Mejora de la autoestima: técnicas para niños y adolescents*. Barcelona: Martínez Roca.
- Poznanski, E. (1982). The clinical phenomenology of childhood depression. *American Journal of Orthopsychiatry*, 42, 308-313. doi: 10.1111/j.1939-0025.1982.tb02691.x.
- Poznanski, E., i Mokros, H. B. (1996). *Children's Depression Rating Scale, Revised (CDRS-R). Manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Puig-Antich, J. (1982). Major depression and conduct disorder in pre-puberty. *Journal of the Academy of Child Psychiatry*, 21, 118-128. doi: 10.1016/s0002-7138(09)60910-9.
- Putman, S. P., Ellis, L. K., i Rothbart, M. K. (2001). The structure of temperament from infancy through adolescence. Dins de A. Elias i F. Angleitner (Eds.). *Advances in research on temperament* (pp. 165-182).

- Recklitis, C. J., i Noam, G. G. (1999). Clinical and developmental perspectives on adolescent coping. *Child Psychiatry and Human Development*, 30 (2), 87-101. doi: 10.1023/a:1021998217862.
- Rehm, L. P. (1977). A self-control model of depression. *Behavior Therapy*, 7, 787-804. doi: 10.1016/S0005-7894(77)80150-0.
- Reinherz, H. Z., Frost, A. K., i Pakiz, B. (1991). Chancing faces: correlates of depressive symptoms in late adolescents. *Family and Community Health*, 14, 52-63.
- Restifo, K., i Bögels, S. (2009). Family process in the development of youth depression: translating the evidence to treatment. *Clinical Psychology Review*, 29, 294-316. doi: 10.1016/j.cpr.2009.02.005.
- Rice, K., Herman, M., i Petersen, A. (1993). Coping with challenge in adolescence: a conceptual model and psycho-educational intervention. *Journal of Adolescence*, 16, 235-251. doi: 10.1006/jado.1993.1023.
- Rie, H. E. (1966). Depression in childhood: a survey of some pertinent contributions. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 5, 653-685. doi: 10.1016/s0002-7138(09)61960-9.
- Rivas, M. (1995). *Psicopatología en el edad escolar*. Santander: Servicio de publicaciones, Universidad de Cantabria.
- Roa, L., i Del Barrio, V. (2003). Estructuras de personalidad materna: su implicación en los problemas infantiles. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 16, 53-70.
- Robertson, J., i Bowlby, J. (1952). Responses of young children to separation from their mothers. *Courrier du Centre International de l'Enfance*, 2, 131-142.
- Rochlin, G. (1959). The loss complex. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 7, 299-316. doi: 10.1177/000306515900700207.
- Rohde, P., Lewinshon, P. M., Klein, D. N., i Seeley, J. R. (2005). Association of parental depression with psychiatric course from adolescence to young adulthood among formerly depressed individuals. *Journal of Abnormal Psychology*, 114 (3), 409-420. doi: 10.1037/0021-843X.114.3.409.
- Rohde, P., Lewinsohn, P. M., i Seeley, J. R. (1991). Comorbidity of unipolar depression: II. Comorbidity with other mental disorders in adolescent and adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 214-222. doi: 10.1037/0021-843x.100.2.214.
- Romero, K., Canals, J., Hernández-Martínez, C., Jané, M. C., Viñas, F., i Domènech-Llaberia, E. (2010). Comorbilidad entre los factores de ansiedad del SCARED y la sintomatología depresiva en niños de 8-12 años. *Psicothema*, 22 (4), 613-618.
- Rood, L., Roelofs, J., Bögels, S.M., i Meesters, C. (2012). Stress-reactive rumination, negative cognitive style, and stressors in relationship to depressive symptoms in non-clinical youth. *Journal of Youth and Adolescence*, 41, 414-425. doi: 10.1007/s10964-011-9657-3.
- Roth, S., i Cohen, L. (1986). Approach, avoidance and coping with stress. *American Psychologist*, 41 (7), 813-819. doi: 10.1037/0003-066X.41.7.813.
- Rothbart, M. K. (1987). A psychobiological approach to the study of temperament. Dins de G. Kohnstamm (Ed.), *Temperament discussed* (pp. 63-72). Amsterdam: Swets i Zeitlinger.
- Rothbart, M. K. (2011). Temperamento temprano y desarrollo psicosocial. Dins de Tremblay RE, Boivin M, Peters RDeV, Eds. *Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia* [en línia]. Montreal,

Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2011: 1-6. Disponible a: <http://www.encyclopedia-infantes.com/documents/RothbartESPxp1.pdf>.

Rothbart, M. K., Ahadi, S. A., Hershey, K., i Fisher, P. (2001). Investigations of temperament at three to seven years: the children's behaviour questionnaire. *Child Development*, 72, 1394-1408. doi: 10.1111/1467-8624.00355.

Rothbart, M. K., Ahadi, S. A., i Hershey, K. L. (1994). Temperament and social behavior in childhood. *Merrill-Palmer Quarterly*, 40, 21-39. Recuperat de search.ebscohost.com.mutex.gmu.edu.

Rothbart, M. K., i Ahadi, S. A. (1994). Temperament and the development of personality. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 55-66. doi: 10.1037//0021-843x.103.1.55.

Rothbart, M. K., i Bates, J. E. (2006). *Temperament (6th ed)*. Dins de Eisenberg, W. Damon, R. Lerner (Eds.). *Handbook of child psychology: social, emotional, and personality development* (Vol. 3, pp. 99-166). Hoboken, NJ: Wiley.

Rothbart, M. K., i Derryberry, D. (1981). Development of individual differences in temperament. Dins de M. E. Lamb i A. L. Brown (Eds.), *Advances in developmental psychology* (Vol. 1, pp. 37-86). Hillsdale: Erlbaum.

Rothbart, M. K., i Jones, L. B. (1999). Temperament: Developmental perspectives. Dins de R. Gallimore, C. Bernheimer, D. MacMillan, D. Speece, i S. Vaughn (Eds.), *Developmental perspectives on children with high incidence disabilities: Papers in honor of Barbara Keogh* (pp. 33-54). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Rudolph, K. D., i Troop-Gordon, W. (2010). Personal accentuation an contextual-amplification models of pubertal timing: predicting youth depression. *Development and Psychopathology*, 22, 433-451. doi: 10.1017/s0954579410000167.

Rutter, M. (1986). Child Psychiatry: the interface between clinical and developmental research. *Psychological Medicine*, 16, 151-169. doi: 10.1017/s0033291700002592.

Ryan, R. M., Huta, V., i Deci, E. L. (2008). Living well: a self-determination theory perspective on eudaimonia. *Journal of Happiness Studies*, 9, 139-170. doi: 10.1007/s10902-006-9023-4.

Ryan, R. M., i Deci, E. L. (2000). Intrinsic and extrinsic motivation: classic definitions and new directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25, 54-67. doi: 10.1006/ceps.1999.1020.

Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57 (6), 1069-1081. doi: 10.1037//0022-3514.57.6.1069.

Ryff, C. D., i Singer, B. H. (2008). Know thyself and become what you are: A Eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9 (1), 13-39. doi: 10.1007/s10902-006-9019-0.

Sainero, A., Del Valle, J., i Bravo, A. (2015). Detección de problemas de salud mental en un grupo especialmente vulnerable: niños y adolescentes en acogimiento residencial. *Anales de psicología*, 31 (2), 472-480. doi: 10.6018/analesps.31.2.182051.

Schmutte, P., i Ryff, C. (1997). Personality and well-being: Reexamining methods and meanings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73 (3), 549-559. doi: 10.1037/0022-3514.73.3.549.

- Seiffge-Krenke, I. (1990). Developmental processes in self-concept and coping behaviour. Dins de H. Bosma i S. Jackson (Eds.), *Coping and selfconcept in adolescence*. Berlín: Springer-Verlag. doi: 10.1007/978-3-642-75222-3_4.
- Seiffge-Krenke, I. (1993). Coping behaviour in normal and clinical samples: more similarities than differences? *Journal of Adolescence*, 16, 285-303. doi: 10.1006/jado.1993.1026.
- Seiffge-Krenke, I., i Klessinger, N. (2000). Long-term effects of avoidant-coping on adolescents depressive symptoms. *Journal of Youth and Adolescence*, 29, 617-630. doi: 10.1023/A:1026440304695.
- Seiffge-Krenke, I., i Stemmler, M. (2002). Factors contributing to gender differences in depressive symptoms. A test of three developmental models. *Journal of Youth and Adolescence*, 31, 405-417. doi: 10.1023/A:1020269918957.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness. On depression, development and death*. San Francisco: W. H. Freeman.
- Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. Nova York: Free Press.
- Shaffi, M., i Shaffi, S. L. (1992). *Clinical guide to depression in children and adolescents*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Shaffi, M., i Shaffi, S. L. (1995). *Depresión en niños y adolescentes: clínica, evaluación y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca.
- Shafii, M., Carrigan, S., Whittinghill, J. R. et al. (1985). Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescents. *American Journal Psychiatry*, 142, 1061-1064. doi: 10.1176/ajp.142.9.1061.
- Shaw, D. S., Keenan, K., Vondra, J. I., Delliquadri, E., i Giovanelli, J. (1997). Antecedents of preschool children's internalizing problems: A longitudinal study of low-income families. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1760-1767. doi: 10.1097/00004583-199712000-00025.
- Sheehan, D. V., Sheehan, K. H., Shytle, R. D., Janavs, J., Bannon, Y., Rogers, J. E., i Wilkinson, B. (2010). Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents (MINI-KID). *Journal of Clinical Psychiatry*, 71 (3), 313-326. doi: 10.4088/JCP.09m05305whi.
- Sheehan, D., Shytle, D., i Milo, K. (1998). *Mini International Neuropsychiatric Interview (Mini Kid). Versión en espanyol de M. Colón-Soto, V. Díaz y O. Soto (2000)*. Tampa, Florida.
- Shin, K. R. (1994). Psychosocial predictors of depressive symptoms in Korean-American women in New York City. *Women and Health*, 21 (1), 73-82. doi: 10.1300/j013v21n01_05.
- Siegel, R. E. (1968). *Galen's System of Physiology and Medicine*. Basel: Karger.
- Silk, J., Shaw, D., Skuban, E., Oland, A., i Kovacs, M. (2006). Emotion regulation strategies in offspring of childhood-onset depressed mothers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 69-78. doi: 10.1111/j.1469-7610.2005.01440.x.
- Silverio, M. A., i García, M. D. (2007). Autopercepción de adaptación y tristeza en la adolescencia: La influencia del género. *Anales de Psicología*, 1, 41-48.

- Sorensen, M., Becker, J., Mors, O., i Thomsen, P. (2005). Age and gender differences in depressive symptomatology and comorbidity: an incident sample of psychiatrically admitted children. *Journal of Affective Disorders*, 84, 85-91. doi: 10.1016/j.jad.2004.09.003.
- Sperber, A. D. (2004). Translation and validation of study instruments for cross-cultural research. *Gastroenterology*, 126, 124-128. doi: 10.1053/j.gastro.2003.10.016.
- Spitz, R. A. (1965). *The first year of life*. New York: International University Press (ed. Española: Fondo de Cultura Económica, 1969).
- Spitz, R. A., i Wolf, K. (1945). Anaclitic depression: an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanalytic Study of the Child*, 2, 313-342.
- Stern, M., i Zevon, M. A. (1990). Stress, coping and family environment. The adolescent's response occurring stressors. *Journal of Pediatric Psychology*, 13, 555-574. doi: 10.1177/074355489053003.
- Stice, E., i Bearman, S.K. (2001). Body-image and eating disturbances prospectively predict increases in depressive symptoms in adolescent girls: A growth curve analysis. *Developmental Psychology*, 37, 597-607. doi: 10.1037/0012-1649.37.5.597.
- Strelau, J. (1983). *Temperament, personality, activity*. Londres: Academic Press.
- Stringaris, A., i Goodman, R. (2008). Three dimensions of oppositionality in youth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50, 216-223. doi: 10.1111/j.1469-7610.2008.01989.x.
- Swendsen, J. D., i Merikangas, K. R. (2000). The comorbidity depression and substance use disorders. *Clinical Psychology Review*, 20, 173-189. doi: 10.1016/S0272-7358(99)00026-4.
- Swinnen, S. H. A., i Selten, J. P. (2007). Mood disorders and migration: meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 190, 6-10. doi: 10.1192/bjp.bp.105.020800.
- Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D., i Thapar, A. K. (2015). Depression in adolescence. *The Lancet*, 379 (march 17), 1056-1067. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60871-4.
- Thomas, A., Chess, S., i Birch, H. G. (1968). *Temperament and behavior disorders in children*. Nova York: New York University Press.
- Thomas, A., i Chess, S. (1977). *Temperament and development*. Nova York: Brunner/Mazel.
- Tizón, L. (2007). *Psicoanálisis, procesos de duelo y psicosis*. Barcelona: Herder.
- Torras de Beà, E. (2004). La adolescència com a interacció. *Revista de Psicopatologia i salut mental del nen i del adolescent*, 3, 53-64.
- Tur, A., Mestre, M. V., i Del Barrio, V. (2004). Los problemas de conducta exteriorizados e interiorizados en la adolescencia: relaciones con los hábitos de crianza y con el temperamento. *Acción Psicológica*, 3, 207-221. doi: 10.5944/ap.3.3.514.
- Twenge, J., i Nolen-Hoeksema, S. (2002). Age, gender, race, socioeconomic status, and birth cohort differences on the children's depression inventory: a meta-analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 578-58. doi: 10.1037/0021-843X.111.4.578.
- Vallejo Ruiloba, J. (1987). *Estados depresivos*. Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría. Barcelona: Salvat.

- Vallejo Ruiloba, J. (2006). *Introducción a la psicopatología (6ª ed.)*. Barcelona: Masson.
- Valois, R. F., Zullig, K. J., Huebner, E. S., i Drane, J. W. (2004). Life satisfaction and suicide among high school adolescents. *Social Indicators Research*, *66*, 81-105. doi: 10.1023/b:soci.0000007499.19430.2f.
- Valois, R. F., Zullig, K. J., Huebner, E. S., Kammermann, S. K., i Drane, J. W. (2002). Association between life satisfaction and sexual risk-taking behaviours among adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, *11* (4), 427-440. doi: 10.1023/A:1020931324426.
- Van Wel, F., Linssen, H., i Abma, R. (2000). The parental bond and the well-being of adolescents and young adults. *Journal of Youth and Adolescence*, *29* (3), 307-318. doi: 10.1023/A:1005195624757.
- Van Zalk, M. H., Kerr, M., Branje, S., Stattin, H., i Meeus, W. (2010). It takes three: selection, influence and de-selection processes of depression in adolescent friendship networks. *Developmental Psychology*, *46*, 927-938. doi: 10.1037/a0019661.
- Veenhoven, R. (1991). Is happiness relative? *Social Indicators Research*, *20*, 333-354. doi: 10.1007/bf00292648.
- Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la Vida. *Intervención Psicosocial*, *3*, 87-116.
- Vega, W. A., Valle, R., Kodoly, B., i Hough, R. (1987). The Hispanic social network prevention intervention study: a community-based randomized trial. Dins de R. F. Muñoz (Eds.), *Depression prevention: Research directions. The series in clinical and community psychology* (pp. 217-291). Washington, DC: Hemisphere Publishing.
- Vera, E. M., Vacek, K., Blackmon, S., Coyle, L., Gomez, K., Jorgenson, K., Luginbuhl, P., Moallem, I., i Steele, J. C. (2012). Subjective Well-Being in urban, ethnically diverse adolescents. The Role of Stress and Coping. *Youth and Society*, *44*, 331-347. doi: 10.1177/0044118X11401432.
- Verboom, C. E., Sijtsma, J. J., Verhulst, F. C., Pennix, B. H., i Ormel, J. (2014). Longitudinal associations between depressive problems, academic performance, and social functioning in adolescent boys and girls. *Developmental Psychology*, *50*, 247-257. doi: 10.1037/a0032547.
- Villaverde, M. L., Gracia, R., de la Fuente, J., González de Rivera, J. L., i Rodríguez-Pulido, F. (1993). Estudio comunitario de salud mental en población urbana de Tenerife. Dins de J. L. González de Rivera, F. Rodríguez Pulido i A. Sierra López (Eds.), *El método epidemiológico en salud mental* (pp. 187-200). Barcelona: Masson-Salvat.
- Viñas, F., González, M., García, Y., Malo, S., i Casas, F. (2014). Temperament and personal wellbeing in sample of 12 to 16 year-old adolescents. *Applied Research Quality of Life*, *9* (2), 355-366. doi: 10.1007/s11482-013-9242-x.
- Viñas, F., González, M., García, Y., Malo, S., i Casas, F. (2015). Los estilos y estrategias de afrontamiento y su relación con el bienestar personal en una muestra de adolescentes. *Anales de Psicología*, *31* (1), 226-233. doi: 10.6018/analesps.31.1.163681.
- Viñas, F., González, M., Gras, M. E., Jané, M. C., i Casas, F. (2015). Psychometric properties of the EATQ-R among a sample of Catalan-speaking Spanish adolescents. *Universitas Psychologica*, *14*, 747-758. doi: 10.11144/Javeriana.upsy14-2.ppea.
- Viñas, F., i Caparrós, B. (2000). Afrontamiento del periodo de exámenes y sintomatología somática autoinformada en un grupo de estudiantes universitarios. *Revista Internacional On-Line*, *4* (1). Disponible a <http://www.neurologia.tv/revistas/index.php/psicologia.com/>

- Vollebergh, W. A., Have, M., Dekovic, M., Oosterwegel, A., Pels, T., Veenstra, R., de Winter, A., Ormel, H., i Verhulst, F. (2005). Mental health in immigrant children on the Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40 (6), 489-196. doi: 10.1007/s00127-005-0906-1.
- Washburn, J. M. (2000). The influence of gender, sex-role orientation, and self-esteem on adolescents use of coping strategies. *Dissertation Abstracts International Section A; Humanities and Social Sciences*, 61 (1- A), 88.
- Waterman, A. S. (1990). Personal expressiveness: Philosophical and psychological foundations. *Journal of Mind and Behavior*, 11 (1), 47-73.
- Waterman, A. S. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64 (4), 678-691. doi: 10.1037/0022-3514.64.4.678.
- Weiss, B., Weisz, J. R., Politano, M., Carey, M., Nelson, W. M., i Finch, A. J. (1991). Developmental differences in factor structure of Children's Depression Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 38-45. doi: 1040-3590/91.
- Weiss, E., Longhurst, J., i Mazure. (1999). Childhood Sexual Abuse as a Risk Factor for Depression in Women: Psychosocial and Neurobiological Correlates. *The American Journal of Psychiatry*, 156 (6), 816-828. doi: 10.1176/ajp.156.6.816.
- Weller, E., i Weller, R. (2000). Treatment options in the management of adolescent depression. *Journal of Affective Disorders*, 61, 23-28. doi: 10.1016/S0165-0327(00)00286-X.
- Wennberg, P., i Bohman, M. (2002). Childhood temperament and adult alcohol habits. A prospective longitudinal study from age 4 to age 36. *Addictive Behaviors*, 27, 63-74. doi: 10.1016/S0306-4603(00)00164-7.
- Williams, K., i McGillicuddy, D. L. (2000). Coping strategies in adolescents. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 20 (4), 537- 549. doi: 10.1016/S0193-3973(99)00025-8.
- World Health Organization (2014). *Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade*. Ginebra: Suïssa.
- Wright, S., Langenercker, S., Deldin, P., Rapport, L., Nielson, K., Kade, A., Own, L., Akil, B., Young, E., i Zubieta, J. (2009). Gender-specific disruptions in emotion processing in younger adults with depression. *Depression and Anxiety*, 26, 182-189. doi: 10.1002/da.20502.
- Ying, Y. W., i Han, M. (2007). The longitudinal effect of intergenerational gap in acculturation on conflict and mental health in Southeast Asian American adolescents. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77, 61-66. doi: 10.1037/0002-9432.77.1.61.
- Young, E., i Korszun, A. (1999). Women, stress and depression: sex differences in hypothalamic-pituitary-adrenal axis regulation. Dins de *Gender differences in mood and anxiety disorders: from bench to bedside* (pp. 31-52). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Yuan, A. (2007). Gender differences in the relationship of puberty with adolescents depressive symptoms: do body perceptions matter? *Sex roles*, 57, 69-80. doi: 10.1007/s11199-007-9212-6.
- Zahn-Waxler, C., Klimes-Dougan, B., i Slattery, M. (2000). Internalizing problems of childhood and adolescence: prospects, pitfalls and progress in understanding the development of anxiety and depression. *Development and Psychopathology*, 12, 443-466. doi: 10.1017/s0954579400003102.

Zanini, D., i Forns, M. (2005). Afrontamiento de problemas, personalidad y malestar psicopatológico en adolescentes. Dins de E. Domènech-Llaberia, *Actualizaciones en psicología y psicopatología de la adolescencia* (pp. 123-146).

Zeanah, C. H., Boris, N. W., i Scheeringa, M. S. (1997). Psychopathology in Infancy. *Journal of Child and Psychiatry*, 38, 81-99. doi: 10.1111/j.1469-7610.1997.tb01506.x.

13. ANNEXOS

En aquest apartat presentem documents que han estat utilitzats en la realització del present treball.

Annex 1

EARLY ADOLESCENT TEMPERAMENT QUESTIONNAIRE-REVISED

(EATQ-R, Ellis i Rothbart, 2001)

INSTRUCCIONS: Amb aquestes preguntes ens agradaria conèixer aspectes relacionats amb la vida dels alumnes d'E.S.O. de la comarca del Baix Empordà.

- EL QÜESTIONARI ÉS ANÒNIM -

Dia, mes i any de naixement:

--	--	--

Curs:

a) 1er ESO b) 2n ESO c) 3er ESO d) 4t ESO

Gènere:

a) Noi b) Noia

Edat:

	anys
--	------

País de naixement:

--

En el cas de no haver nascut al nostre país, quan temps portes a Espanya?

anys

País de naixement del pare:

--

País de naixement de la mare:

--

En les pàgines següents trobaràs una sèrie de frases que les persones poden utilitzar per descriure's a si mateixes. Les frases es refereixen a un ampli ventall d'activitats i actituds.

Per cada frase, encercla, si us plau, la resposta que descriu millor com és de veritable o vertadera cada frase **per descriure't**. No hi ha respostes bones o dolentes. Cada persona se sent identificada de manera diferent amb cadascuna d'aquestes frases. Si us plau, encercla la primera resposta que et vingui al cap.

Utilitza l'escala següent per descriure o valorar com de veritable o de falsa és cada frase per descriure't.

Encercla el número

si la frase és:

- | | |
|---|-------------------------------------|
| 1 | Gairebé sempre falsa |
| 2 | Generalment falsa |
| 3 | Algunes vegades falsa, altres certa |
| 4 | Generalment certa |
| 5 | Gairebé sempre certa |

	Gairebé sempre falsa	Generalment falsa	Algunes vegades falsa, altres certa	Generalment certa	Gairebé sempre certa
Preferiria més fer esport que veure la televisió	1	2	3	4	5
M'agrada anar a llocs on hi ha molta gent i animació	1	2	3	4	5
Em preocupa ficar-me en problemes	1	2	3	4	5
M'adono quan algú tus en el cinema o durant espectacles	1	2	3	4	5
Si m'enfado amb algú, acostumo a dir coses que sé que poden ferir els seus sentiments	1	2	3	4	5
Em mostro tímid/da quan em trobo amb gent nova.	1	2	3	4	5
Em costa molt acabar les coses a temps	1	2	3	4	5
No m'agradaria viure en una gran ciutat encara que sigui segura	1	2	3	4	5
Em mostro reservat/da davant d'altres nois o noies de la meva edat de sexe oposat	1	2	3	4	5
Quan m'enfado llenço o trenco coses	1	2	3	4	5
M'adono fins i tot dels canvis més petits que passen al meu voltant, com per exemple quan puja o baixa la llum d'una habitació	1	2	3	4	5
Quan estic nerviós/a, em costa esperar el meu torn per parlar	1	2	3	4	5
Crec que els meus amics s'ho passen millor que jo	1	2	3	4	5
Em fa por la idea de baixar esquiant a gran velocitat per un pendent molt inclinat.	1	2	3	4	5
No em costa gens posar-me a plorar	1	2	3	4	5
Quan faig alguna cosa, hi dedico molta energia física	1	2	3	4	5
No em faria por baixar de pressa un pendent molt inclinat amb monopati o bicicleta.	1	2	3	4	5
Si m'enfado de veritat amb algú, em vénen ganes de pegar-li	1	2	3	4	5
Quan algú em demana que deixi de fer alguna cosa, puc parar de fer-ho fàcilment	1	2	3	4	5
Podria canviar fàcilment un mal costum si m'ho proposo.	1	2	3	4	5
Acostumo a dir el primer que em ve al cap, sense aturar-me a pensar o reflexionar	1	2	3	4	5
Em costa no obrir els regals abans d'hora	1	2	3	4	5
Desitjo ser capaç de compartir els meus pensaments més íntims o personals amb una altra persona	1	2	3	4	5
Faig alguna cosa per entretenir-me una estona abans de començar a fer els deures, fins i tot quan no ho hauria de fer.	1	2	3	4	5
Tinc facilitat per concentrar-me quan faig els deures	1	2	3	4	5
Em sento força content/a la major part del dia	1	2	3	4	5
Quan la gent em parla de viatges a llocs exòtics, em vénen ganes d'anar-hi	1	2	3	4	5
M'agrada el so de les paraules	1	2	3	4	5
Penso que seria emocionant anar-me'n a viure a una altra ciutat	1	2	3	4	5
M'agrada contemplar els arbres i caminar entre ells	1	2	3	4	5
M'adono de petits canvis que l'altre gent no veu	1	2	3	4	5
Quan algú em demana que faci alguna cosa, ho faig de seguida, fins i tot encara que no la vulgui fer	1	2	3	4	5
Quan competeixo en jocs o esports, intento realment esclafar els meus rivals	1	2	3	4	5
M'agrada sentir l'aigua calenta caient sobre mi, com ara quan em dutxo	1	2	3	4	5
M'adono molt dels sorolls	1	2	3	4	5

M'agrada estar físicament actiu sempre que puc (esports, dansa, etc.).	1	2	3	4	5
Acostumo a ser desagradable amb la gent que no m'agrada.	1	2	3	4	5
M'agradaria poder passar una estona cada dia amb un bon amic/amiga	1	2	3	4	5
Quan m'ho passo molt bé, em costa molt tornar a casa a l'hora que toca	1	2	3	4	5
Sóc una persona pacient	1	2	3	4	5
Puc saber si algú està empipat per la seva expressió	1	2	3	4	5
Em molesta quan intento trucar i comuniquen	1	2	3	4	5
Si em demanen que doni un missatge a un adult, em sento incòmode/a apropant-m'hi	1	2	3	4	5
Quan m'interrompen o em distreuen, m'oblido del que volia dir	1	2	3	4	5
No em puc estar de respondre a classe abans que el/la professor/a em preguntí	1	2	3	4	5
Com més intento evitar fer una cosa que no he de fer, més probable és que ho acabi fent	1	2	3	4	5
M'agrada abraçar la gent que aprecio	1	2	3	4	5
M'agrada el so cruixent de les fulles a la tardor	1	2	3	4	5
Em poso trist/a més sovint del què la gent es pensa	1	2	3	4	5
M'agrada sentir la brisa càlida a la cara	1	2	3	4	5
Faria gairebé qualsevol cosa per ajudar algú que m'importés	1	2	3	4	5
Generalment se m'acut alguna cosa per dir, fins i tot davant de desconeguts	1	2	3	4	5
No em faria por provar un esport de risc, com el submarinisme en aigües profundes	1	2	3	4	5
Em fa por que em porti una persona a qui li agradi la velocitat	1	2	3	4	5
Si els meus amics s'enfaden amb mi, procuro evitar-los	1	2	3	4	5
Em costa agafar el fil quan em canvio d'una classe a una altra	1	2	3	4	5
M'amoïno per la meva família quan no estic amb ells	1	2	3	4	5
M'empipo molt si vull fer una cosa i els meus pares no em deixen fer-ho	1	2	3	4	5
Quan estic furiós/furiosa, dono cops de porta	1	2	3	4	5
Em poso trist/a quan les coses em van malament	1	2	3	4	5
Trobo excitant la idea de conduir un cotxe de curses	1	2	3	4	5
Quan intento estudiar em costa ignorar el soroll de fons i concentrar-me	1	2	3	4	5
Acabo els deures abans de la data de lliurament	1	2	3	4	5
Tinc energia per fer treballs que requereixin esforç físic, com ara cavar o tallar llenya	1	2	3	4	5
Acostumo a ser puntual per anar a classe i a les cites	1	2	3	4	5
Si m'encarreguen una cosa difícil, intento començar-la de seguida	1	2	3	4	5
Tinc facilitat per estar pendent de coses diferents que estan passant al meu voltant	1	2	3	4	5
Acostumo a parlar de l'altra gent a la seva esquena	1	2	3	4	5
Em costa molt menys parlar amb gent que conec que no pas amb desconeguts	1	2	3	4	5
M'agrada escoltar el cant dels ocells	1	2	3	4	5
No em costa guardar un secret	1	2	3	4	5
Els meus amics i jo ens burlem de l'aspecte dels altres	1	2	3	4	5
Em molesta que la gent trigui a estar a punt	1	2	3	4	5
No critico a les altres persones	1	2	3	4	5
És important per a mi tenir relacions properes amb altres	1	2	3	4	5

persones					
Sóc tímid/a	1	2	3	4	5
Em poso nerviós/a amb els companys o companyes que empenyen altres companys/es contra la paret i els llencen els llibres	1	2	3	4	5
M'agrada mirar les fotografies d'altres persones	1	2	3	4	5
M'enfado quan he de parar de fer alguna cosa que m'agrada	1	2	3	4	5
M'agrada mirar la forma dels núvols	1	2	3	4	5
Sóc autodisciplinat/da	1	2	3	4	5
No em poso a fer els treballs fins que s'acosta el moment de lliurar-los	1	2	3	4	5
Els caps de setmana llargs d'hivern em fan venir ganes de sortir de casa i fer una mica d'exercici físic	1	2	3	4	5
Quan estic realment enfadat/ada amb un amic o amiga, acostumo a explotar davant seu	1	2	3	4	5
Em preocupa que els meus pares es morin o m'abandonin	1	2	3	4	5
Acostumo a deixar les coses a mitges per fer-ne d'altres	1	2	3	4	5
No sóc tímid/a	1	2	3	4	5
Sóc una persona força amable i amigable	1	2	3	4	5
Persisteixo en els meus plans i objectius	1	2	3	4	5
Em sento trist/a fins i tot quan m'ho hauria de passar bé, com ara per Nadal o en un viatge	1	2	3	4	5
Em molesta molt haver de fer cua molta estona	1	2	3	4	5
No m'adono del color dels ulls de la gent	1	2	3	4	5
Em fa por entrar en una habitació fosca de casa	1	2	3	4	5
M'agrada escoltar a les altres persones quan parlen d'elles mateixes	1	2	3	4	5
No m'agrada pujar a les atraccions que en fan por	1	2	3	4	5
Em fico amb la gent sense un motiu real	1	2	3	4	5
Quan algú m'explica com fer alguna cosa m'hi fixo molt	1	2	3	4	5
Em frustra molt quan m'equivoco o faig errors en els treballs de l'escola/institut	1	2	3	4	5
No em faria por intentar alguna cosa com escalar una muntanya	1	2	3	4	5
M'estimo més fer activitats a l'aire lliure que no pas en llocs tancats	1	2	3	4	5
Em molesta que la gent m'interrompi quan parlo	1	2	3	4	5
M'empipo si no sóc capaç de fer una tasca realment bé	1	2	3	4	5
Prefereixo els amics que són excitants i imprevisibles	1	2	3	4	5

Moltes gràcies.

Annex 2**PERSONAL WELLBEING INDEX (PWI, Cummins, McCabe, Romeo i Gullone, 1994)**

INSTRUCCIONS: Amb aquestes preguntes ens agradaria conèixer aspectes relacionats amb la vida dels alumnes d'E.S.O. de la comarca del Baix Empordà.

- EL QÜESTIONARI ÉS ANÒNIM -

Dia, mes i any de naixement:

--	--	--

Curs:

a) 1er ESO b) 2n ESO c) 3er ESO d) 4t ESO

Gènere:

a) Noi b) Noia

Edat:

	anys
--	------

País de naixement:

--

En el cas de no haver nascut al nostre país, quan temps portes a Espanya?

anys

País de naixement del pare:

--

País de naixement de la mare:

--

Actualment, ¿fins a quin punt et trobes **satisfet o satisfeta** amb cadascuna d'aquestes **coses de la teva vida**?

0 = Totalment insatisfet/a

Totalment satisfet/a = 10

Amb la teva salut	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Amb el teu nivell de vida	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Amb les coses que has assolit a la vida	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Amb el segur o segura que et sents	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Amb els grups de gent dels quals formes part	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Amb la seguretat pel teu futur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Amb les teves relacions amb les altres persones	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Amb la teva espiritualitat	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Amb els teus resultats acadèmics	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Amb les coses que aprens	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Amb com utilitzes el temps	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Amb com et diverteixes	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Amb com et prepares pel futur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Amb la teva família	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Amb els teus amics	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Amb els esports que practiques	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Amb el teu cos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Amb la teva vida d'estudiant	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Amb el teu temps lliure	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Amb la teva religió	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Amb tu mateix/a	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Amb tota la teva vida, considerada globalment	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

