

Universidad de Huelva

Departamento Psicología Evolutiva y de la Educación



Predictores de la satisfacción vital y de los síntomas depresivos en la adolescencia

**Memoria para optar al grado de doctor
presentada por:**

Diego Gómez Baya

Fecha de lectura: 21 de marzo de 2014

Bajo la dirección de los doctores

Ramón Mendoza Berjano
Susana Paíno Quesada

Huelva, 2014



**PREDICTORES DE
LA SATISFACCIÓN VITAL Y
DE LOS SÍNTOMAS DEPRESIVOS
EN LA ADOLESCENCIA**

***PREDICTORS OF LIFE SATISFACTION AND
DEPRESSIVE SYMPTOMS IN ADOLESCENCE***

TESIS DOCTORAL

Autor/Author: Diego Gómez Baya

Directores/ Directors: Dr. Ramón Mendoza Berjano, Dra. Susana Paíno Quesada



**Universidad
de Huelva**

Huelva, 2014

AGRADECIMIENTOS

Quiero en primer lugar dar las gracias a mis padres, Diego Gómez Mojarro y Francisca Baya Castilla, y a mi hermana, Elena Gómez Baya, por ser las mejores personas que conozco. Muchas gracias familia por vuestro amor, generosidad, alegría y apoyo incondicional, a vosotros os debo todo lo mejor que pueda hacer en mi vida. Esta tesis es vuestra. También doy las gracias al resto de mi familia (mis abuelos, mis tíos y mis primos) por vuestro cariño.

En este momento me acuerdo también de todos mis amigos y amigas de Huelva, de El Portil, de Sevilla, de Madrid y de Bélgica. Vosotros también formáis parte de mi familia. Muchas gracias por vuestro afecto y por vuestro sentido del humor.

Quiero dar las gracias a Carmelo Vázquez y a Carmen Valiente, de la Universidad Complutense de Madrid, con quienes empecé los cursos de doctorado y quienes me enseñaron la importancia de ser positivo y aspirar a metas altas. También a Jane Gillham y Clorinda Vélez, quienes me dieron la oportunidad de aprender de su experiencia investigadora en Swarthmore College.

Este trabajo ha sido posible gracias a la colaboración de los 19 centros educativos. Gracias a los directores y profesores por vuestra confianza, y a todos los alumnos por participar en el estudio. Sin vuestra ayuda este trabajo no hubiera sido posible. Gracias por haber conseguido que me lo pasara tan bien.

También agradezco el esfuerzo y la amabilidad de los revisores y de los miembros del tribunal, muchas gracias de verdad.

Al departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación y al departamento de Psicología Clínica, Experimental y Social, por la ayuda y por el afecto que me habéis regalado desde que entré en la Universidad de Huelva como estudiante de licenciatura.

En estos años habéis conseguido que me sienta como en casa. Muchas gracias compañeros. Me acuerdo también de todos mis alumnos, gracias por vuestra confianza. También quiero dar las gracias a Antonia y a Gloria, mis amigas y compañeras en este proyecto: muchas gracias por ser tan buenas conmigo.

Y finalizo mis agradecimientos con mis directores de tesis, Ramón Mendoza Berjano y Susana Paíno Quesada. Muchas gracias a los dos por el esfuerzo generoso que habéis hecho por mí. Muchas gracias por apoyarme, por guiarme y por enseñarme. A vosotros os debo también esta tesis. Muchas gracias de verdad por creer en mí.

Y muchísimas gracias a ti Ramón por ser también mi amigo, mi mentor y mi compañero. Gracias a ti no sólo he aprendido una profesión, sino que también la he disfrutado y querido.

ÍNDICE

ÍNDICE

Resumen	Pág.13
Abstract	Pág.15
Extended abstract	Pág.16
Introduction and aims	Pág.16
Methods	Pág.20
Study design	Pág.20
Sample	Pág.21
Instrument and variables	Pág.21
Preparation of the field work and data collection	Pág.23
procedure	
Ethical considerations	Pág.24
Data analysis design	Pág.25
Descriptive analysis	Pág.25
Analysis of variance of explanatory factors	Pág.25
Structural Equation Models	Pág.25
Summary of findings	Pág.26
General discussion of the study	Pág.35
Limitations of the study	Pág.35
Strengths of the study	Pág.36
Contributions of the study	Pág.37

1. Introducción	Pág.41
1.1 Introducción general del estudio y justificación	Pág.43
1.1.1. Los trastornos depresivos en la sociedad actual y su impacto	Pág.43
1.1.2. Hacia una mejor comprensión de la génesis de los trastornos depresivos	Pág.45
1.1.3. Potenciación de la resiliencia y de los factores protectores	Pág.46
1.1.4. La satisfacción vital en la adolescencia	Pág.48
 1.2. El bienestar subjetivo y la satisfacción vital	Pág.52
1.2.1. Satisfacción vital y características sociodemográficas	Pág.55
1.2.2. Satisfacción vital y características socioeconómicas	Pág.56
1.2.3. Satisfacción vital y características socioculturales	Pág.57
1.2.4. Satisfacción vital y creencias religiosas	Pág.58
1.2.5. Satisfacción vital y relaciones familiares	Pág.59
1.2.6. Satisfacción vital y vida escolar	Pág.62
1.2.7. Satisfacción vital y relación con los iguales	Pág.65
1.2.8. Satisfacción con la vida y actividad físico-deportiva	Pág.66
1.2.9. Satisfacción vital y consumo de sustancias	Pág.67
1.2.10. Satisfacción vital y hábitos de sueño	Pág.69
1.2.11. Satisfacción vital y autoestima	Pág.69
1.2.12. Satisfacción vital y satisfacción corporal	Pág.71
1.2.13. Satisfacción vital y rumiación	Pág.73
1.2.14. Satisfacción vital e Inteligencia emocional	Pág.74
1.2.15. Satisfacción vital y cambios puberales	Pág.75
1.2.16. Satisfacción vital y salud física	Pág.76

1.3. Los síntomas depresivos en la adolescencia y revisión de los factores asociados	Pág.77
1.3.1. Los síntomas depresivos en la adolescencia.	Pág.77
1.3.1. 1. Prevalencia.	Pág.77
1.3.1. 2. Aparición, características clínicas y curso.	Pág.78
1.3. 1. 3. Fenomenología y características evolutivas.	Pág.80
1.3. 1. 4. Consecuencias de la depresión en la adolescencia.	Pág.81
1.3. 1. 5. Búsqueda de ayuda y tratamiento.	Pág.82
1.3. 1. 6. La emergencia de diferencias de género en la depresión en la adolescencia. Diferencias diagnósticas.	Pág.83
1.3.2. Los síntomas depresivos en función de las características sociodemográficas, características socioculturales y características socioeconómicas	Pág.86
1.3.3. Síntomas depresivos y creencias religiosas	Pág.88
1.3.4. Síntomas depresivos y relaciones familiares	Pág.88
1.3.5. Síntomas depresivos y vida escolar	Pág.95
1.3.6. Síntomas depresivos y relación con los iguales	Pág.98
1.3.7. Síntomas depresivos y actividad físico-deportiva	Pág.101
1.3.8. Síntomas depresivos y consumo de sustancias	Pág.102
1.3.9. Síntomas depresivos y hábitos de sueño	Pág.105
1.3.10. Síntomas depresivos y autoestima	Pág.106
1.3.11. Síntomas depresivos y satisfacción corporal	Pág.107
1.3.12. Síntomas depresivos y rumiación depresiva	Pág.108
1.3.13. Síntomas depresivos y rumiación positiva	Pág.112
1.3.14. Síntomas depresivos e Inteligencia emocional	Pág.114
1.3.15. Síntomas depresivos y cambios puberales	Pág.115
1.3.16. Síntomas depresivos y salud física	Pág.117

1.4. Recapitulación de la revisión bibliográfica realizada	Pág.119
1.4.1. Satisfacción vital y factores asociados	Pág.119
1.4.2. Síntomas depresivos y factores asociados	Pág.122
1.5. Objetivos del estudio	Pág.125
2. Método	Pág.129
2.1. Diseño general del estudio	Pág.131
2.2. Muestra	Pág.133
2.3. Variables objeto de estudio, instrumento y estudios piloto	Pág.137
2.4. Preparación del trabajo de campo y procedimiento de recogida de datos	Pág.162
2.5. Consideraciones éticas	Pág.164
2.6. Diseño del análisis de datos	Pág.166
3. Resultados	Pág.175
3.1. Estadísticos descriptivos	Pág.177
3.1.1 Satisfacción vital	Pág.177
3.1.2. Síntomas depresivos	Pág.184
3.1.3. Satisfacción vital y síntomas depresivos	Pág.190
3.2. Análisis de varianza de los potenciales predictores	Pág.192
3.2.1. Análisis de varianza de los predictores de la satisfacción vital	Pág.192
3.2.2. Análisis de varianza de los predictores de los síntomas depresivos	Pág.259
3.2.3. Resumen de los análisis de varianza con la satisfacción vital como variable de medidas repetidas	Pág.316
3.2.4. Resumen de los análisis de varianza con los síntomas depresivos como variable de medidas repetidas	Pág.325

3.3. Modelos de ecuaciones estructurales	Pág.334
3.3.1. Modelos explicativos de la satisfacción vital	Pág.334
3.3.2. Modelos explicativos de la satisfacción vital a partir de la calidad de la relación con el padre y con la madre	Pág.341
3.3.3. Modelos explicativos de la satisfacción vital a partir de la autoestima	Pág.354
3.3.4. Modelos explicativos de la satisfacción vital a partir de las variables escolares	Pág.362
3.3.5. Modelos explicativos de la satisfacción vital a partir de algunas características psicológicas en los chicos	Pág.367
3.3.6. Modelos explicativos de la satisfacción vital a partir de los hábitos de sueño en las chicas	Pág.374
3.3.7. Modelos explicativos de los síntomas depresivos	Pág.376
3.3.8. Resumen de los resultados encontrados en los modelos de ecuaciones estructurales de la satisfacción vital	Pág.385
 4. Resumen de hallazgos	 Pág.389
 5. Discusión de los resultados y discusión general del estudio	 Pág.403
5.1. Limitaciones del estudio	Pág.422
5.2. Fortalezas del estudio	Pág.425
5.3. Aportaciones del estudio	Pág.427
5.4. Líneas de investigación o mejoras que se derivan	Pág.429
5.5. Potenciales aplicaciones prácticas	Pág.431
5.6. Resumen final	Pág.433
 6. Referencias	 Pág.435
7. Apéndices	Pág.495
7.1. Frecuencias de las variables del estudio, por sexo	Pág.497
7.2. Instrucciones en el procedimiento de recogida de datos	Pág.523
7.3. Instrumento	Pág.525

RESUMEN

Los estudios previos han subrayado la importancia tanto de la satisfacción vital como de los síntomas depresivos durante el desarrollo adolescente, en sí mismos y por las consecuencias que se derivan de ellos. Por ello, el presente estudio pretende analizar el cambio que se produce en cada una de estas variables durante la adolescencia y estudiar qué factores resultan explicativos de dicho cambio. Se ha empleado un diseño de tipo longitudinal con dos oleadas separadas por un año. La muestra ha estado compuesta por 714 alumnos (un 49,3% de chicos y un 50,7% de chicas). Las variables objeto de estudio han sido evaluadas con un autoinforme, del que previamente se ha verificado la calidad de las propiedades psicométricas. Los instrumentos han sido administrados a los alumnos en sus respectivas aulas de clase. El presente estudio ha mostrado, en primer lugar, que los síntomas depresivos se incrementan a lo largo del seguimiento y la satisfacción vital disminuye, así como que las chicas presentan más síntomas depresivos que los chicos. En segundo lugar, los resultados bivariantes nos permiten sostener que unas mejores relaciones familiares, una mejor adaptación escolar, una mejor relación con los iguales, unos estilos de vida más saludables, una mejor autoestima y una mayor satisfacción corporal, unas respuestas más adaptativas ante las emociones positivas y negativas, una mayor inteligencia emocional, una mejor salud percibida, entre otras características, están estrechamente ligadas a una mayor satisfacción vital y a una menor presencia de síntomas depresivos durante la adolescencia. En el caso de la satisfacción vital, se han obtenido además diversos modelos explicativos que sostienen que una mejor relación con la madre y con el padre, una mayor autoestima y un mejor ajuste escolar predicen una mayor satisfacción vital un año después. Este trabajo, a pesar de algunas limitaciones, puede presentar numerosas fortalezas, aportaciones, líneas de investigación y aplicaciones prácticas que son finalmente descritas.

Predictors of life satisfaction and depressive symptoms in adolescence

Abstract

Previous studies have emphasized the relevance of life satisfaction and depressive symptoms during adolescent development, due to their importance for the adolescent's wellbeing and to the long-term consequences derived from them. Therefore, the aim of this study is to analyse the change that occurs in these variables during adolescence and to identify the explanatory factors associated to these changes. A longitudinal design with two waves separated by one year has been used. The sample was composed of 714 students (49.3 % boys and 50.7 % girls). The variables were assessed with a questionnaire with tested psychometric properties. It was administered to the students in their respective classrooms. The present study has shown, firstly, that the depressive symptoms increase and the level of life satisfaction decreases after the follow-up. Secondly, results have shown that girls have more depressive symptoms than boys. Thirdly, bivariate results suggest that better family relationships, a good school adjustment, a better relationship with peers, healthier lifestyles, better self-esteem and body satisfaction, more adaptive responses to positive and negative emotions, a greater emotional intelligence, and a better perceived health, among other features, explain a greater life satisfaction and a lower presence of depressive symptoms during adolescence. In the case of life satisfaction, several explanatory models developed on the study data argue that a better quality of the relationship with the father, a better quality of the relationship with the mother, a better school adjustment and a better self-esteem are predictors of life satisfaction one year after. The strengths and limitations of the work, as well as practical implications and possible future lines of research will be further described.

EXTENDED ABSTRACT

INTRODUCTION AND AIMS

Recently there has been an increase in the prevalence of depression in many Western countries, at the same time that the age of the onset of this disorder has decreased. Depressive disorders affect people of all ages, from all socio-economic, educational or cultural levels, and they entail a large cost to the person, the family, the health care system, and the community in general. In adolescence, subclinical depression affects a percentage between 10-20% of adolescents (Kessler and Walters, 1998). As stated in the review carried out by Merikangas and Knight (2008), the prevalence of depression in adolescence ranges from 2.5 % (Velez, Johnson and Cohen, 1989) to 13.3 % (Feehan, McGee, Raja and Williams, 1994), in North-American samples. In Spain, according to the National Health Survey (2006), the prevalence of depression is 1.8% in 9 year old children, 2.3% in teenagers (13 and 14 years), and 3.4% in young people (18 years).

Depression in adulthood has usually been found to be preceded by an earlier depression in adolescence (Hankin and Abela, 2008). In a longitudinal study, Kim-Cohen and his collaborators (2003) studied a sample of North-American participants from birth until the age of 26. The empirical data indicate that the beginning of depression is usually around 13-15 years, and that rates of depression increase during adolescence (Lewinsohn and Essau, 2002).

Furthermore, the emergence of gender differences in depression is also found in adolescence (Twenge and Nolen-Hoeksema, 2002). During this developmental period, girls begin to present higher rates of symptoms, and a higher percentage of girls develop a clinically significant disorder. Several longitudinal studies showed that around the age of 12-13 years, girls begin to present more depressive symptoms.

In addition, a greater presence of depressive symptoms in adolescents has been associated with a worse school performance, problems in family relationships, problems in relationships with peers, a deterioration in cognitive functioning, higher risk for drug

abuse and an increased risk of suicide (Franko, Striegel-Moore, Thompson, Schreiber and Daniels, 2005; Kessler and Walters, 1998; WHO, 2008b; Wittchen, Nelson and Lachner, 1998). Given the importance of depressive symptoms during adolescent development and the subsequent development, it could be relevant to analyse which changes in this aspect occur during adolescence and which are the factors that explain those changes.

The study of the factors involved in the emergence of depression in adolescence will give us some clues for the promotion of resilience in this developmental period and throughout the following development. However, for a healthy development during adolescence, not only the prevention of maladaptive functioning is important, but also the promotion of a healthy behaviour. To this end, it is necessary to study as well the factors involved in positive mental health. In the study of successful functioning, life satisfaction has been paid special attention (Proctor, Linley and Maltby, 2009). Recently the field of positive psychology has emphasized the need to focus on life satisfaction, happiness and optimal operation (Peterson, 2004; Seligman and Csikszentmihalyi, 2000).

The HBSC study (Health Behaviour in School-aged Children), a cross-sectional study conducted under the auspices of the World Health Organization in 43 countries in Europe and North America with adolescents of 11, 13 and 15 years of age, has shown that the majority of adolescents are satisfied with their lives (WHO, 2008a). This same study has pointed out that life satisfaction is lower in the age group of 15 years than in the group of 11 years, in almost all the countries and regions studied. Generally, at the age of 15, boys have a greater life satisfaction than girls (WHO, 2012). The data with respect to Spain indicate that around 95% of boys and girls of 11 years of age are highly satisfied with their lives, while in the segment of 15 years of age, 84% of girls and 88% of boys are highly satisfied.

Moreover, during adolescence, a greater life satisfaction has been associated with many positive outcomes and effects on school results, such as a higher frequency of participation in extra-curricular activities, higher school satisfaction, higher academic aspirations, an improved academic performance, and a better attitude towards education.

It has also shown to have positive implications for adolescents' interpersonal relationships, such as a better relationship with their parents, better relationship with peers and greater social acceptance; and for their intrapersonal characteristics too, such as an increased life meaning, a greater gratitude, a higher self-esteem, a more positive affect and a healthier lifestyle (Proctor, Linley and Maltby, 2010).

Therefore, it is especially important to study life satisfaction in adolescence and the factors that could be underlying its achievement.

The empirical review carried out on the importance of life satisfaction and depressive symptoms in development during adolescence lead us to consider that the study of the changes and the factors that explain both life satisfaction and depressive symptoms are truly necessary for future designs of intervention programmes. To date, different predictors of life satisfaction and depressive symptoms have been studied separately, without integrating or differentiating which factors are predicting life satisfaction and which are predicting depressive symptoms. Furthermore, the reviewed studies have generally focused on specific characteristics, such as family characteristics, school life, the relationship with peers, some psychological characteristics or few life styles. The literature review has not offered yet a broad vision of a set of predictors of a different nature from an ecological perspective, nor it has made the comparison of their predictive power.

Finally, most studies have been carried out in very specific cultural contexts, and their conclusions are not necessarily reproducible in other contexts. Given the cultural influence on the development of life satisfaction and depressive symptoms, the factors involved do not have to be the same in all cultures. In addition, the use of longitudinal designs is needed in order to establish relations between antecedents and consequents, beyond simple associations between variables resulting from cross-sectional studies.

In summary, the objectives of this study are:

1. To analyse which changes occur in the levels of life satisfaction and depressive symptoms in adolescence, and if there are differences in these changes according to age, sex or year group.
2. To analyse which factors are associated with life satisfaction and depressive symptoms in adolescence.
3. To develop explanatory models of life satisfaction and depressive symptoms in adolescence from a longitudinal perspective.

METHOD

Study design

A design with two assessments or waves separated by one year has been used, with an adolescent sample. This type of design is commonly used in developmental psychology studies to account for the changes that occur in the subjects with age and to establish possible antecedents and consequents of these changes, in order to reach a greater understanding of the explanatory factors.

In the first wave of the present study, we assessed the levels of life satisfaction, the rates of depressive symptoms and some variables that could be explanatory factors and that will be detailed further below. In the second wave, only life satisfaction and depressive symptoms were assessed. In this way, we can establish which factors could be explaining life satisfaction and depressive symptoms one year after, also taking into account the starting values of life satisfaction and depressive symptoms.

Sample

The initial sample of the study was composed of 980 adolescents (51.5 % boys and 48.5 % girls) enrolled in the 1st (n= 507) or 2nd (n= 473) year of Compulsory Secondary Education. These adolescents were evaluated anonymously in the course 2010/2011 in their respective classrooms, located in a total of 19 schools of Andalusia (Spain), distributed in all provinces and from different habitats (both rural and urban). A year later (in the course 2011/2012), the adolescents were assessed again in the classrooms of the 2nd and 3rd year groups. The follow-up sample was limited to 714 students participating in both waves (72.9 % of the initial sample). This sample was composed of 49.3 % of boys and 50.7 % of girls.

Instrument and variables

A series of questions and scales were administrated, distributed in two major blocks: the scales that assess life satisfaction and depressive symptoms, on the one hand, and the scales and items that measure their predictive variables on the other. The latter variables are distributed in the following thematic areas: sociodemographic characteristics, sociocultural and socioeconomic characteristics, family relationships, school life, relationships with peers, psychological characteristics, sleep habits, physical and sport activity, substance abuse, and perceived physical health. In wave 1, an instrument to assess all the variables was created. In regard to wave 2, the instrument mainly included assessments of life satisfaction and depressive symptoms.

To evaluate life satisfaction, we used the Satisfaction with Life Scale (Diener, Emmons, Larsen and Griffin, 1985). We used the version adapted to Spanish by Atienza, Pons, Balaguer and García-Merita (2000). The adapted version is a scale of 5 Likert type items, with 5 response options, from strongly disagree to strongly agree. Previous studies with this scale offer good psychometric properties, indicating its use for research.

For assessing depressive symptoms, the shortened version of the Child Depression Inventory (Kovacs, 1992) was used. We used a small version of 10 items

adapted to Spanish by Del Barrio (Del Barrio, Roa, Olmedo and Colodron, 2002). With this scale, we measured the presence and the intensity of depressive symptomatology in children and adolescents. Previous studies with this shortened scale offer good psychometric properties, indicating its use in research, instead of the full version. Each item assessed a depressive symptom, and the participant had to choose among 3 possible options. The options were 0, 1 and 2, corresponding to no symptom, lower intensity symptom and higher intensity symptom.

In the dimension of sociodemographic variables, the differences in sex, age and year group were studied. With regard to the sociocultural and socioeconomic level, the instrument collects information on the parental academic level, the parental labour situation, the parental professional level and religious beliefs. In the family dimension, we assessed the frequency of joint family activities at the weekend, the parental support in school issues, the quality of the relationship with the father and the mother, the collaboration in housework, and the family structure.

Regarding the school dimension, school satisfaction, perceived performance, school pressure, the time spent doing homework, academic repetition, academic expectations, school truancy, school exclusion, suffered bullying and exercised bullying were assessed. In relation to peer relationships, the instrument includes questions regarding the facility of making friends, the number of good friends, being in a couple or not, the number of evenings spent with friends per week, and the resistance to the pressure of the group.

The lifestyle characteristics that were analysed in the present study were sleep habits, the consumption of substances and the practice of physical exercise and sport activities. In the field of psychological characteristics, we studied body satisfaction, self-esteem, depressive rumination, positive rumination and emotional intelligence. Perceived health, weight and height were evaluated as key health factors. Finally, in relation to pubertal changes, we have analysed the effect of having had menarche in girls.

Preparation of the field work and data collection procedure

The selection of variables and scales took place during the months of October and November of 2010. The type of sample to survey was designed in the same period. The first contacts and meetings with various educational centres, to present the study, took place in December 2010 and January 2011. In the month of February 2011, the first pilot study was carried out in order to adapt three scales: the scale of ruminative responses, the scale of responses to positive affect and the scale of emotional intelligence. Parallel analyses were conducted to prove the quality of the parent-child relationship scales, based on the data of a previous study of Ortega and Triana (2002). In March 2011 the final pilot study of the rest of the instruments was carried out. Once the pilot studies were concluded, and the correct psychometric properties of the instrument had been reached, we carried out the first field work.

After meetings and telephone contacts, centres were assigned to be visited during the months of April and May of 2011, ensuring that each centre would be evaluated during a single school day. In these same meetings, the classes to be evaluated were randomly selected in each centre. Subsequently, the data collection process was carried out.

The instrument was administered to the students in their respective classrooms, during a single session with the presence of the researcher and a teacher. An oral introduction was given in order to offer general explanations and to require the participation of the students in the study, without inducing particular responses in any way, and by fostering a climate of warmth and confidence. In general, the students needed between 20 and 40 minutes to complete this form, and all participants performed the task within the time limits of a regular class.

Despite the voluntary nature of the task, all the students accepted to participate in the study, and omissions in the responses to specific questions were in general very low, below 0.5 %.

During July and August of 2011 the data of the 1st wave was recorded using the statistical package SPSS 21.0. The first calculations were used, among other purposes, to assess the adequacy of the final instrument. In September 2011, the calculations on variables and scales were conducted.

A code was assigned to each participant, for making the follow-up study possible. This code was formed with the number of the centre (the 19 centres were numbered from 1 to 19), the day, month and year of birth, and sex.

In March 2012, new meetings were maintained with the centres to set the dates of the 2nd wave field work, and to establish which classes would be surveyed, in order to ensure the participation of the same students of the first sample in the second sample. Thus, 1 year after the first evaluations, in the months of April and May of 2012, the data collection for wave 2 was carried out, also applying an anonymous questionnaire to the students of the selected classes.

In June and July of 2012, the answers were recorded in a new database, and the same calculations made in wave 1 were applied. The data matrix of the longitudinal study was created in the month of September 2012. The code assigned to each student enabled the subsequent follow-up analysis, preserving the anonymity of the participants throughout the whole process.

Ethical Considerations

The present study respected all the principles included in the Declaration of Helsinki (World Health Organization, 2008). The adolescents participated in the study freely, without any kind of coercion by the organizers of the study or by the teachers. All the students were verbally informed in advance of the characteristics of the survey, and similar information was also present on the first page of the questionnaire. In addition, according to the field observations and to the information collected in some self-evaluating items included in the anonymous questionnaire, we may point out that the items and scales included in the instrument did not generate any kind of discomfort

in the adolescents. After being recorded, all questionnaires were properly stored and protected in the facilities of the research team.

DATA ANALYSIS DESIGN

In this section, a summary of the data analysis strategy followed will be presented.

Descriptive analysis

A number of analysis of variance (ANOVA) for repeated measures have been conducted in order to analyse the change that occurs in the levels of life satisfaction and depressive symptoms resulting from the assessments made in wave 1 and wave 2, separated by a year. The effects of sex, age, and year group in the change in the levels of life satisfaction and depressive symptomatology were also studied.

Analysis of variance of explanatory factors

To analyse which factors could explain life satisfaction and depressive symptoms, we conducted several analysis of variance for repeated measures ANOVA, using life satisfaction or depressive symptoms as intra-subject factors (using measures from wave 1 and wave 2), and the explanatory factors variables as inter-subject factors or covariates (from the wave 1). These explanatory variables were classified in different thematic areas: socio-cultural and socio-economic, family, school, peers, self-perception, responses to negative and positive affect, emotional intelligence, sleep habits, physical activity and sport, substance consumption, and physical health.

Structural Equation Models

The structural equation models are confirmatory multivariate statistical models used to estimate the effect and the multiple relationships between variables, allowing

the specification of the direction of the relationship that is expected to appear after estimating the parameters (Coenders, Batista-Foguet and Saris, 2005; Jöreskog, 1973).

After checking a correct validity of the life satisfaction and depressive symptoms measures with a confirmatory factor analysis (at time 1 and time 2), the design of these models begins with a hypothetical causal relationship between measures in wave 1 and measures in wave 2. These models show separately the relationship between life satisfaction in wave 1 and life satisfaction in wave 2, and the relationship between depressive symptoms in wave 1 and depressive symptoms in wave 2. Secondly, a several dimensions were included in different models. These dimensions were variables that had shown a significant effect in the previous analysis of variance, and the link with the predictable life satisfaction or the predictable depressive symptoms was supported or suggested by the theoretical and empirical review.

SUMMARY OF FINDINGS

This section presents the most significant results of this research. It is organized in three parts, corresponding to the three aims of the study. We will begin with the main findings about the changes in life satisfaction and depressive symptomatology, analysing age differences, sex differences and differences in the year group that have been found. Next, we will present the factors that have predicted the levels of life satisfaction and depressive symptoms. And finally, the conclusions will focus on the explanatory models of life satisfaction and depressive symptoms which have showed a good fit.

Regarding the changes in life satisfaction during adolescence, the results showed that, between wave 1 and wave 2 of the study, there has been a significant decline in scores, regardless of sex, age and year group studied. Accordingly, it seems that the students become less satisfied with their lives during adolescence, at least in this sample and after a 1-year follow-up. We have also found significant differences in the levels of life satisfaction according to age. The older groups have a lower life satisfaction than the younger groups. On the other hand, sex interacts with the year group to explain the levels of life satisfaction. In this way, among 1st year adolescents, the results indicate

that, at the beginning of the study, girls are more satisfied with their lives than boys, but girls will experience a decline in the scores in wave 2, until the scores become equal. In contrast, among 2nd year adolescents, boys are more satisfied with their lives than girls in both waves of the study, and the group of girls experiences a decrease at the end of the study as well.

Some significant changes in depressive symptoms have also been found between the two waves of this longitudinal study. Depressive symptoms experience a significant increase in this sample after a 1-year follow-up, regardless of sex and the year group studied. Also, gender differences have been found in the averages in depressive symptoms. The analysis indicated that girls have higher averages in depressive symptoms than boys, in both waves of the study. Thus, although both girls and boys are experiencing an increase in depressive symptoms, the adolescent girls in our study always present higher averages than boys. Finally, in the same line as the conclusion in relation to life satisfaction, the interaction between sex and the year group explains the levels of depressive symptoms. While the 1st year boys have more depressive symptoms than those of the 2nd year, in the case of the girls, we have found the opposite result, i.e. 2nd year girls have more symptoms than those of the 1st year. Moreover, the findings show that the most remarkable increase in depressive symptoms between wave 1 and wave 2 occurs in girls that were initially in the 2nd year.

On the other hand, the results show that the changes in the levels of life satisfaction between wave 1 and wave 2 of the study interact with the changes that occur in depressive symptoms, although only in girls. In this way, fluctuations in these measures of psychological well-being seem to be positively associated in the case of adolescent girls.

Until now we have concluded that: (1) between wave 1 and wave 2 there has been a decline in the levels of life satisfaction and an increase in the levels of depressive symptoms; 2) older teenagers are less satisfied with their lives; 3) girls have more depressive symptoms than boys; 4) sex and year group present a significant interaction that explains both the levels of life satisfaction and the levels of depressive symptoms;

and 5) changes in life satisfaction interact with changes in depressive symptoms in adolescent girls.

We will now present the main findings related to the factors that are significantly associated with the levels of life satisfaction and the levels of depressive symptoms during adolescence, in the sample of our study.

After the study of the effect of the sociocultural variables, it has been noted that the adolescents whose fathers present higher educational level are the most satisfied with their lives. In addition, in the girls we have observed that: (a) those whose mothers are housewives or have a professional level of upper-level technician are the most satisfied; and (b) those that have no religious beliefs are less satisfied with their lives than those who have religious beliefs. With regard to the levels of depressive symptomatology, we have found that the girls whose fathers present lower educational level, have more depressive symptoms.

When considering the quality of family relationships, it has been observed that the adolescents with a better relationship with their father and mother, those adolescents who can count on their support in school issues, and those adolescents who frequently carry out activities with their parents at weekends, are the most satisfied with their lives and present fewer depressive symptoms. In relation to the levels of life satisfaction, we have to point out that these factors have a greater explanatory power in girls. With regard to the depressive symptoms, the quality of the relationship with the mother and the joint family activities at the weekend emerge as especially important among girls, whereas in boys the most relevant factors are the quality of the relationship with the father and the parental support in school issues. Consequently, we have found that better family relationships are linked to a greater life satisfaction and less depressive symptomatology.

When analysing the family structure, results suggest that boys and girls that live with both father and mother generally present a greater life satisfaction.

According to the results related to the academic variables, we have observed that the adolescents that are more satisfied with their lives and that have fewer depressive symptoms are those who are more satisfied with school, who present a higher perceived performance and who do not feel school pressure. Equally, the results show that the adolescents who feel excluded from school or who suffer bullying by peers have a lower life satisfaction and greater depressive symptomatology. In relation to the depressive symptoms, these academic variables present a greater explanatory power in boys. In girls, we have found that those who want to continue their studies after secondary education are the most satisfied with their lives, and that those who have never exercised bullying are the most satisfied with their life and present fewer depressive symptoms. So, we can conclude that the adolescents who have a better school adjustment are the ones that feel more satisfied with their lives and have fewer depressive symptoms.

The quality of the relationship with peers also seems to be strongly related with life satisfaction and depressive symptoms in adolescents. The results of the analysis carried out with this regard show that adolescents who have a greater number of friends and feel easiness to make friends are those who are more satisfied with their lives. Moreover, we have observed that adolescents who have a greater difficulty in making friends also present more depressive symptoms (this association is especially important among boys). We have also observed that the boys who have a greater number of friends present fewer depressive symptoms. Finally, we have found that both boys who spend more evenings per week with their friends and girls with more resistance to group pressure, have a higher life satisfaction and less depressive symptomatology. In conclusion, better relationships with peers and a certain degree of autonomy are apparently closely related with a greater satisfaction with life and a lower presence of depressive symptoms.

In the dimension of physical and sport activity, we observe that the teenage girls who practice more sport and physical exercise are those that present a greater life satisfaction. Boys who play a sport frequently present fewer depressive symptoms. Subsequently, we found that the variables of physical and sport activity are closely related to life satisfaction in girls, and to depressive symptoms in boys.

According to the results, the consumption of substances appears as an area of special importance regarding life satisfaction and depressive symptoms among girls. The girls who feel less satisfied with their life and present more depressive symptoms are those who present a higher consumption of beer, wine and spirits, those who get drunk more frequently and who consume drugs. Furthermore, we found that girls who smoke more frequently are the ones who feel less satisfied with their life and feel more depressed. Finally, in boys, a greater consumption of beer is connected to lower levels of life satisfaction and depressive symptoms, on the one hand, and a greater wine consumption is related with a lower life satisfaction, on the other.

The results show that sleep habits are especially relevant to life satisfaction and depressive symptoms in adolescents. In first place we will offer a review of the results regarding life satisfaction. The results show that adolescents who go to bed later at the weekend and frequently wake up tired, are those that have a lower life satisfaction. In addition, specifically in girls, those who get up later at weekends, who go to bed later on weekdays and who sleep fewer hours during weekdays, are less satisfied with their lives. With reference to depressive symptoms, the results suggest that sleep habits at the weekend present a particularly significant effect: boys and girls who sleep less at the weekend present more depressive symptoms. Bedtime is closely related to depressive symptoms among boys, while for the girls it is the time of getting up that seems to be more relevant: boys who go to bed later at the weekend and girls who get up later at the weekend are the ones that feel more depressed. On the other hand, morning tiredness is a factor with a significant association with depression only in the case of girls: those who get up tired more frequently have more depressive symptoms.

From the previous paragraphs we can draw the following conclusion: healthier lifestyles, characterized by a greater practice of physical activity, a null or lower consumption of substances and better sleep habits, are closely linked to increased satisfaction with life and less depression.

The two variables that showed a greater percentage of explained variance of depressive symptoms and life satisfaction in boys and girls were self-esteem and body

satisfaction. Higher self-esteem and a greater body satisfaction are related to a greater life satisfaction and fewer depressive symptoms both in boys and in girls. The percentage of explained variance of depressive symptoms and life satisfaction that self-esteem presents in girls is particularly notable.

With reference to the responses to negative emotions, the results revealed that the adolescents that ruminate more frequently and use less frequently the distraction against negative emotions feel more depressive symptoms. These factors are especially significant amongst girls. On the other hand, teenagers who use distraction in presence of negative emotions are the most satisfied with their lives (a greater explanatory power of this variable has also been found among girls). In contrast, a greater rumination of negative emotions only entails a lower life satisfaction in boys.

The results on the responses of adolescents to positive emotions show that boys and girls who more frequently savour the positive emotions and who tend to attribute the causes of the experience of the positive emotions to themselves, and those adolescents who less frequently reduce the positive emotions, are more satisfied with their lives and have fewer depressive symptoms. Furthermore, the inhibition of positive emotions has a higher percentage of explained variance of depressive symptoms among girls.

In relation to the ability to regulate emotions or emotional intelligence, our results support the idea that the adolescents who perceive more clearly their emotions and have a greater ability to repair them are those with a greater life satisfaction and fewer depressive symptoms. Also, the girls who pay close attention to their emotions present more depressive symptomatology.

Summarizing the latest findings presented above, a greater emotional intelligence and a more adaptive style of response to negative and positive emotions entail fewer depressive symptoms and more life satisfaction in adolescence.

Furthermore, our findings show that both boys and girls with greater perceived health present a greater life satisfaction, in addition to fewer depressive symptoms.

Finally, our data support the idea that those boys with a higher Body Mass Index (BMI) have more depressive symptoms.

When we have analysed and compared the percentage of explained variance of life satisfaction and depressive symptoms, by taking each factor individually for boys and girls, we have obtained results of enormous interest and we have been able to identify the most relevant factors.

Results related to life satisfaction reveal that among both boys and girls, self-esteem, body satisfaction, the quality of the relationship with the father, the frequency of family activities at weekends, the self-attribution of positive emotions and the ability to repair emotions, are the variables that have greater explanatory power of those that were studied. In addition, in the case of the girls, the quality of the relationship with the mother and the response of distraction against negative emotions are especially relevant.

In relation to depressive symptoms, our data support the idea that among both girls and boys, self-esteem, body satisfaction, the easiness to make friends, the feeling of exclusion from peers at school, the self-attribution of positive emotions and the ability to repair emotions, are the most explanatory factors. In the case of the girls, the frequency of inhibition of positive emotions, the quality of the relationship with the mother and the frequency of family activities at weekends are also factors with a very important effect on depressive symptoms. On the other hand, among boys, the number of good friends, suffered bullying and the quality of the relationship with the father are variables that also present a high percentage of explained variance.

After examining the findings on the factors with significant effect on life satisfaction and on depressive symptoms, it is important to emphasize that: (a) a higher educational level of the father, better family relationships, a better school adjustment, a better relationship with peers, a greater practice of exercise and sport activity, a lower or null consumption of substances, healthier sleep habits, higher self-esteem and a greater body satisfaction, more adaptive responses to positive and negative emotions, a greater emotional intelligence, and a greater perceived health, characterized adolescents who feel more satisfied with their lives and have fewer depressive symptoms; (b) a higher

professional level of the mother or working as a housewife and having religious beliefs entails a greater life satisfaction in girls; (c) having better sleep habits at the weekend tends to involve less depressive symptomatology in boys and girls, while boys with a higher BMI tend to be more depressive; (d) among the most relevant factors associated to life satisfaction and depressive symptoms in boys and girls, we can emphasize self-esteem, body satisfaction, self-attribution of positive emotions and the ability to repair emotions; and e) there are gender differences in the explanatory factors and in their explanatory power, in relation to life satisfaction and depressive symptoms, specifically among girls there is a greater number of significantly associated factors with a greater explanatory power.

In this section we will focus on the results derived from the structural equation models created with the longitudinal data.

In the present study we have tested several predictive models of life satisfaction in the sample of boys and girls separately, taking into account some theoretical elements presented in the review of the introduction, and following the relevant preliminary results obtained. In all these models, we have established the causal relationship between life satisfaction in wave 1 and life satisfaction in wave 2 - a relationship hypothesized in a model with a good statistical fit-; and we have added a dimension with explanatory variables of wave 1, which maintains a bidirectional relationship with life satisfaction in wave 1 and causal relationship with life satisfaction in wave 2.

The first of these models assumes that a good quality of the relationship with the father predicts a greater life satisfaction in wave 2, analysing the data of boys and girls separately. The second model supports that a good quality of the relationship with the mother predicts a greater life satisfaction in wave 2, also analysing the data of boys and girls separately. On the one hand, these results have indicated that, among boys, the quality of the relationship with the father is a more powerful predictor of life satisfaction than the quality of the relationship with the mother. On the other hand, the models have shown that, among girls, the quality of the relationship with the mother is a more predictive explanatory dimension than the quality of the relationship with the father. Some gender differences have been found in relation to the predictive power of

the quality of the relationship with the father. Our data have suggested that this dimension is more predictive among boys.

The third model assumes that a better self-esteem predicts a higher life satisfaction in both girls and boys. These results have also shown that self-esteem presents a higher predictive power in the sample of girls than in the sample of boys.

The fourth model shows that a good school adjustment, characterized by a high school satisfaction, a good perceived performance and a lower feeling of school pressure, also predicts a greater life satisfaction in wave 2, analysing boys and girls separately. In addition to that dimension, in the sample of boys, another dimension called school exclusion was created in the same model. This dimension is composed of the frequency of suffered bullying and the frequency of feeling school exclusion. The finding revealed by the model is that a high school exclusion in wave 1 explains a lower life satisfaction in wave 2 among boys.

In the sample of boys, a fifth model was built with a dimension called distraction, as a response style to negative emotions. This model allows us to assert that a greater distraction in wave 1 contributes decisively to explain a high life satisfaction in wave 2. Also among boys, a sixth model was built with a dimension of self-attribution of positive emotions. This model showed that a greater self-attribution of positive emotions in wave 1 predicted a higher life satisfaction in wave 2

In addition, one explanatory model of life satisfaction has been obtained in the sample of girls. In this model, a higher life satisfaction has been preceded by healthy sleep habits (characterized by early bedtime on weekdays, by early bedtime at weekends, and by getting up earlier at weekends).

Regarding the explanatory models of depressive symptoms, the results showed that all tested models presented a bad fit. The scales of depressive symptoms (at time 1 and time 2) also showed a bad fit in the confirmatory factor analysis.

Overall, we can say that, in the same line as the results presented above, the resulting models show that a better quality of the relationship with the father, a better quality of the relationship with the mother, a better school adjustment and a better self-esteem are predictors of life satisfaction one year after. In the case of boys, the results appear to confirm that low school exclusion, a greater frequency in the use of distraction as a response to negative emotions and a greater self-attribution of positive emotions predict a higher life satisfaction. In the case of girls, the results showed that some healthier sleep habits predict greater life satisfaction.

GENERAL DISCUSSION OF THE STUDY

Limitations of the study

A first limitation of the conclusions we have reached in the study is associated to the characteristics of the sample that has been used. Since the sample is not representative of the whole population of Andalusian or Spanish adolescents, the generalizability of the results is restricted.

Another limitation affects the general design of the study, with a single follow-up. Although the use of a longitudinal study enables us to establish relations between antecedents and consequents, to reach a better understanding of the evolution or the changes in a variable over time, it would be more desirable to have a larger number of waves in the study.

The third limitation that we highlight comes from the instrument that has been used. Although the instrument was piloted and its validity and reliability were proved (also in previous works), as in all self-rated questionnaires, the variables are assessed according to the participant's subjective perception. The fourth limitation that we would like to point out is the difficulty for establishing causal relationships. Even though studies with a longitudinal design facilitate the establishment of relationships between antecedents and consequents, in order to be able to make conclusions about the

causation in those relationships it is necessary to use experimental designs that include a manipulation of the independent variables.

The fifth limitation emerged in the design of the structural equation models for the explanation of the depressive symptoms. The scale that assessed depressive symptoms did not present confirmatory factor validity, therefore we were unable to build the dimension of depressive symptoms on the basis of the respective items.

Finally, another limitation of the study was the non-inclusion of some factors that have already proved to be relevant in the explanation of depressive symptoms or life satisfaction, such as personality, biological factors, genetic factors, the presence of depression in parents, the presence of stressful life events or the level of family income (Hankin and Abela, 2008).

Strengths of the study

Firstly, we would like to point out some of the advantages of the sample that has been used. It is a heterogeneous sample, since different types of schools, different environments, and all the provinces of Andalusia (Spain) were included in the selection of the participants.

Secondly, most studies about life satisfaction and depressive symptoms are cross-sectional, which means a single evaluation and reaching conclusions only on the basis of associations among variables, whereas in our study some relationships between antecedents and consequents have been established. Moreover, previous studies also indicated that the ages of the sample correspond to a developmental moment of special significance in the emergence of gender differences in the aspects that were studied.

The employment of self-reports also presents several strengths to the study, despite the constraints mentioned above. Self-reports offer the possibility of evaluating large samples of participants, that may participate anonymously, assessing the way in which they perceive themselves, the way in which they perceive the relationships with significant others, their attitude towards issues related to their development or the

frequency of certain behaviours within their lifestyle. Furthermore, psychometric properties of the questionnaire have been tested, in the field work and in several pilot studies prior to the conduction of the final field work. Similarly, most scales showed a great empirical support from previous studies.

Another of the strengths of the study may be found in the results. The achievement of a good fit of several explanatory models of life satisfaction, all of them based on the literature review and the results of previous bivariate analysis, is quite remarkable. Few studies to date have analyzed so many different types of variables, and even less have measured them with an instrument with these psychometric properties (Levin, Dallago and Currie, 2012).

Finally, we emphasize the developmental approach of this study, which enables us to increase understanding about how the changes occur during adolescence, and the complex integration of biological, psychological and social systems that explain those changes. Our research may have shed some additional light on this matter.

Contributions of the study

The first contribution of this study was the finding of consistent changes in life satisfaction and in depressive symptoms after the follow-up, in the line of previous studies. On the other hand, we can underline the importance of certain explanatory factors to predict life satisfaction and depressive symptoms, following the evidence found in ANOVA's and structural equation models, and that also agrees with previous theoretical and empirical studies. Thus, our findings were consistent with the aims of the study, and also they found a large empirical support in previous research.

Another very important contribution is the possibility of collecting information on a wide variety of factors and comparing their predictive power related to life satisfaction and depressive symptoms, taking gender differences into account. In this sense, the variables studied included the quality of family relationships, school adaptation, the quality of the relationship with peers, life styles, self-perceptions, responses to different emotional states, the sociocultural and labour characteristics of

the parents, etc. Moreover, we have highlighted the most strongly associated factors in girls and boys separately.

The joint study of life satisfaction and depressive symptoms, and the comparison of the factors that are associated with each mental health result have also been found to be relevant. Most of the studies to date have focused either on life satisfaction or depressive symptoms, not being able to establish comparisons between the results. The present study, however, has shown a certain correspondence between the results found in the explanation of life satisfaction and results found regarding depressive symptoms. They shared a number of common factors, such as family relationships, school adaptation or self-perception, among others. But the relationships with those variables presented the opposite sign. For example, good family relationships lead to increased life satisfaction, and also to lower presence of depressive symptoms. We have also been able to compare the trends of life satisfaction and depressive symptoms. In sum, adolescents in our study experienced a decline in the levels of life satisfaction and an increase in depressive symptoms.

A contribution of special relevance of our work is the study of adolescents from Spain, and, in particular, from Andalusia. Most research on life satisfaction and depressive symptoms studied North-American and British samples, while the number of cross-cultural comparison studies is increasing, especially with Chinese samples. By studying adolescent samples from Spain, we can analyse and compare if the findings of studies with samples from other countries are valid or not in this context. The results found in the present study are, generally, in the same line of the results of the reviewed studies.

But perhaps the most interesting contribution may come from the intervention recommendations derived from the findings. The discovery of key factors that predict life satisfaction, as well as the sign of the relationships, offers us a solid empirical support to justify the design of programmes for the promotion of well-being. In the same way, the identification of the factors closely linked to depressive symptoms can help us in the design of prevention programmes.

Finally, we would like to note that in this research, we have met the objectives proposed in the introduction, since: a) the trends of change of life satisfaction and depressive symptoms have been analysed, exploring the differences in sex, age and year group; (b) the explanatory factors of life satisfaction and depressive symptoms have been studied, exploring possible sex differences; and c) several explanatory models of life satisfaction have been created on the basis of the prior theoretical framework and the factors found significant in ANOVA.

To sum up, we can say that: (a) we have found a decline in life satisfaction and an increase in depressive symptoms, and we have detected that the older teenagers are less satisfied with their lives and that girls have more depressive symptoms; (b) better family relationships, a better relationship with peers, a better school adjustment (and not suffering exclusion and bullying), healthier lifestyles, a better self-esteem and body satisfaction, more adaptive styles of response, a greater emotional intelligence, and certain sociocultural features, explain a greater life satisfaction and lower depressive symptoms; and (c) additionally to these bivariate results, we have established some explanatory models with a good fit in the case of life satisfaction.

1. INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Introducción general del estudio y justificación

1.1.1. Los trastornos depresivos en la sociedad actual y su impacto

En los últimos años se ha producido un incremento en la prevalencia de la depresión a nivel mundial, a la vez que ha disminuido la edad de comienzo de este trastorno. Según la Organización Mundial de la Salud, la depresión se ha convertido en un importante problema de salud pública sufrido por unos 120 millones de personas. Entre las personas que la sufren, tan sólo la cuarta parte tiene acceso a un tratamiento efectivo (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009).

A este hecho hay que añadir el dato de que se espera que una de cada cinco personas llegue a desarrollar un trastorno depresivo a lo largo de su vida, riesgo que se ve incrementado ante la concurrencia de otros factores, como los problemas de salud física o los eventos vitales estresantes. La depresión es la causa mayor de discapacidad a partir de los 5 años y la segunda causa de discapacidad a lo largo del ciclo vital (WHO, 2007).

Los trastornos depresivos afectan a personas de todas las edades, de todos los niveles socioeconómicos, educativos o culturales, y suponen un gran coste para la persona, su familia, el sistema sanitario y la comunidad en general (Simon et al., 2001). En la adolescencia, la depresión subclínica afecta a un porcentaje entre el 10-20% de los adolescentes (Kessler y Walters, 1998). Según la revisión realizada por Merikangas y Knight (2008), la prevalencia de la depresión en la adolescencia se encuentra en un rango entre el 2,5% (Velez, Johnson y Cohen, 1989) y el 13,3% (Feehan, McGee, Raja y Williams, 1994), en muestras estadounidenses. En España, según la Encuesta Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2006), el 10,4% de los niños y el 4,8% de las niñas entre 0 y 15 años presentan problemas de salud mental que afectan a su vida diaria. La prevalencia de la depresión es del 1,8% en niños de 9 años, del 2,3% en adolescentes de 13 y 14 años, y del 3,4% en jóvenes de 18 años.

Por otro lado, siguiendo a Hankin y Abela (2008), la depresión en la adultez suele estar precedida por una depresión previa en la adolescencia. En un estudio longitudinal realizado por Kim-Cohen y sus colaboradores (Kim-Cohen, Caspi, Moffitt, Harrington, Milne y Poulton, 2003) siguieron a los participantes estadounidenses desde el nacimiento hasta la edad de 26 años. Los resultados señalaron que hasta el 75% de los adultos que presentaban depresión había sufrido previamente este trastorno en su adolescencia. En un estudio comunitario a gran escala en EE.UU. se han alcanzado resultados similares (Lewinsohn, Rohde, Seeley, Klein y Gotlib, 2000).

Los datos empíricos señalan que el comienzo de la depresión suele estar en torno a los 13-15 años (Lewinsohn y Essau, 2002), y que los índices de depresión se incrementan a lo largo de la adolescencia (Lewinsohn y Essau, 2002). Varios estudios longitudinales que evaluaron los síntomas depresivos autoinformados señalaron que las medias se incrementaban de forma sustancial, desde los niveles relativamente bajos que se encuentran en la infancia hasta los niveles más altos que emergen desde la adolescencia media (Cole, Martin, Peeke, Seroczynski y Fier, 1999; Ge, Lorenz, Conger, Elder y Simons, 1994; Hankin y Abela, 2008; Wade, Carnier y Pevalin, 2002; Wichstrom, 1999). Además, la emergencia de las diferencias de género en la depresión también tienen lugar en la adolescencia (Twenge y Nolen-Hoeksema, 2002). A partir de este período evolutivo las chicas comienzan a presentar índices de sintomatología superiores, y un mayor porcentaje de ellas desarrolla un trastorno clínicamente significativo. Varios estudios longitudinales mostraron que en torno a los 12-13 años las chicas comienzan a presentar más síntomas depresivos. La emergencia de estas diferencias de género respecto al desarrollo de un trastorno depresivo mayor se hace más destacable desde la adolescencia media a la tardía (Galambos, Leadbeater y Barker, 2004; Twenge y Nolen-Hoeksema, 2002). Finalmente la ratio de depresión en las chicas y en los chicos se sitúa en torno al 2:1, dato que se mantiene a lo largo de la adultez (Hankin y Abramson, 1999, 2001).

Por otra parte, una mayor presencia de síntomas depresivos en la adolescencia se ha asociado con un peor rendimiento escolar, problemas en las relaciones familiares, problemas en las relaciones con los iguales, un deterioro en el funcionamiento

cognitivo, mayor riesgo de consumo de drogas y un mayor riesgo de suicidio (Franko, Striegel-Moore, Thompson, Schreiber y Daniels, 2005; Kessler y Walters, 1998; Wittchen, Nelson y Lachner, 1998). Según estimaciones de la OMS, el suicidio es la cuarta causa de muerte entre los 15 y 44 años. A nivel mundial, el aumento del suicidio entre los jóvenes es un dato de enorme preocupación (WHO, 2008b).

Debido a su alta prevalencia, y el riesgo que supone de suicidio, además de la repercusión en el desarrollo personal, familiar y social, la depresión en la adolescencia se considera de elevada importancia, tanto para el sistema sanitario como para la sociedad en su conjunto (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009).

1.1.2. Hacia una mejor comprensión de la génesis de los trastornos depresivos

El impacto dramático que presentan los trastornos del estado de ánimo en la discapacidad a lo largo de la vida subraya la importancia de estudiar cuándo se gestan estos trastornos y qué factores explican su desarrollo, mantenimiento o gravedad (Merikangas y Knight, 2008). En los niños y adolescentes, se ha estudiado cómo la depresión presenta un gran impacto negativo sobre su crecimiento y su desarrollo personal, sobre el rendimiento escolar y sobre sus relaciones con la familia y los iguales. También se ha constatado una posible continuidad del trastorno depresivo a lo largo de la adolescencia y de su prolongación a la edad adulta (Weissman et al., 1999).

En el estudio de qué factores están explicando la emergencia de la depresión en la adolescencia hay que tener en cuenta el contexto concreto en que se desarrolla el adolescente. La mayor parte de los estudios realizados hasta la fecha se han realizado con muestras anglosajonas. Varios estudios transculturales examinaron los patrones depresivos en muestras no occidentales e indicaron cómo los factores culturales explican las diferentes trayectorias en los jóvenes en diferentes culturas y lugares del mundo. Por ejemplo, en una comparación transcultural de jóvenes de EE.UU. y jóvenes de Hong Kong se encontró que las tendencias cognitivas generales eran predictores más débiles entre los jóvenes asiáticos (Stewart et al., 2004).

Por otro lado, encontramos datos recientes que sugieren que la globalización puede estar alcanzando a países no occidentales e influyendo en el modo en que se expresan los trastornos emocionales. Un estudio con adolescentes chinos, coreanos, estadounidenses y checos mostró que las relaciones familiares presentan similares patrones de asociación con la sintomatología depresiva en todas las submuestras (Dmitrieva, Chen, Greenberger y Gil-Rivas, 2004). En cualquier caso, los esfuerzos por identificar los procesos universales que explican la sintomatología depresiva, deben estar compensados con la búsqueda de posibles particularidades culturales tanto en su génesis como en su expresión (Allen y Astuto, 2008). A su vez, dado que el desarrollo y la expresión de sintomatología depresiva acontece dentro de un complejo marco sociocultural, es necesario tener en cuenta tanto los contextos más cercanos en que se desarrolla la persona como las características culturales, socioeconómicas y éticas de la sociedad en que se halla inmersa.

Dada la importancia de los síntomas depresivos en el desarrollo durante la adolescencia y en etapas posteriores, tiene sentido analizar qué cambios se producen durante la transición a la adultez y cuáles son los factores que los explican. Por otra parte, estos cambios y el análisis de algunos factores antecedentes se ha realizado con mayor frecuencia en otros contextos, y no en España ni específicamente en la comunidad autónoma de Andalucía. Dada las diferencias culturales encontradas en la presencia de síntomas depresivos y en los factores relacionados, resulta inadecuado extrapolar los resultados encontrados en otros contextos culturales, como podrían ser EE.UU. o China. Además, nos interesa el estudio de los factores con perspectiva evolutiva, analizando factores tanto personales como contextuales, de los distintos espacios vitales en los que se desarrolla la transición adolescente en nuestra cultura. Interesa, así mismo, comparar la importancia relativa de los distintos factores en la explicación de los síntomas depresivos, algo que apenas se ha realizado hasta la fecha y, en todo caso, no en nuestro contexto.

1.1.3. Potenciación de la resiliencia y de los factores protectores

El estudio de los factores implicados en la emergencia de la depresión en la adolescencia nos ofrecerá pistas para la promoción de la resiliencia en esta etapa

evolutiva y a lo largo del desarrollo posterior. La resiliencia se refiere a los patrones de adaptación positiva en situación de riesgo significativo o adversidad (Luthar, Cicchetti y Becker, 2000; Masten y Powell, 2003). Autores como Rutter (2000, 2002) y Yates, Egeland y Sroufe (2003) consideran que la resiliencia refleja un proceso evolutivo por el que los adolescentes adquieren la habilidad de usar tanto los recursos internos como externos para lograr una adaptación positiva, de manera previa o concomitante a la experiencia de la adversidad. Según Lemos (2003), el desarrollo psicológico se concibe como el resultado de un determinado número de tareas evolutivas relevantes para cada edad y estadio, en donde la resolución satisfactoria de una cuestión relevante en un estadio temprano aumenta la probabilidad de una adaptación exitosa posterior. Por otra parte, se asume también que la interacción dinámica entre los procesos de riesgo y de compensación o protección se expresa en la conducta de manera diferente, dependiendo de las normas, prácticas, valores y creencias de cada cultura.

Durante la adolescencia, la persona se encuentra ante una serie de cambios a nivel biológico, psicológico y social que suponen diferentes retos en el desarrollo dentro de esta transición entre la niñez y la adultez social. La especificidad del contexto cultural en el que transcurre esta transición va a influir decisivamente en cómo se concretan estos retos, en los apoyos que se ponen a disposición del adolescente para afrontarlos y en la propia vivencia personal de la adolescencia. En suma, tanto la duración como las características de esta transición son diferentes en las diversas culturas, pudiéndose entender así la adolescencia como un fenómeno cultural (Mendoza, 2008).

Además, la adolescencia es una etapa decisiva en la adquisición y consolidación de los estilos de vida, ya que se consolidan algunas tendencias comportamentales adquiridas en la infancia y se incorporan otras nuevas provenientes de dichos entornos de influencia (Rodrigo et al., 2004).

Compas y Reeslund (2009) nos señalan que la mayoría de los adolescentes pasan por este período evolutivo de forma exitosa y sin toparse con problemas psicológicos, sociales o sanitarios significativos. Con vistas a fomentar este desarrollo saludable, resulta tan crucial la prevención de un funcionamiento desadaptativo como la

promoción de un comportamiento saludable. Por ello, al estudio de los factores implicados en la depresión tenemos que añadir el estudio de los factores implicados en la salud mental positiva. Y es que para estudiar el bienestar en la adolescencia, resulta de interés profundizar no sólo en la presencia o ausencia de problemas psicopatológicos, como puede ser la sintomatología depresiva, sino también debemos poner nuestro foco de atención en el funcionamiento positivo del ser humano. Al estudiar el funcionamiento positivo del ser humano se ha prestado especial atención al bienestar subjetivo, y dentro de él a la satisfacción vital (Proctor, Linley y Maltby, 2009).

1.1.4. La satisfacción vital en la adolescencia

Recientemente el campo de la psicología positiva ha subrayado la necesidad de poner el foco de atención en la satisfacción vital, la felicidad y el funcionamiento óptimo, menos investigados hasta la fecha debido a una mayor atención al estudio de las alteraciones o el funcionamiento anormal (Avia y Vázquez, 1998; Peterson, 2004; Seligman y Csikszentmihalyi, 2000; Vázquez, 2009). Además, Watson, Clark y Tellegen (1988) ya mostraron la necesidad de abordar los afectos positivos y negativos como dos dimensiones diferentes y perpendiculares, no como dos polos de un mismo continuo. Estos autores mostraron que estos afectos presentaban entre sí una correlación baja y se comportaban como factores independientes. La satisfacción vital en la adolescencia se justifica así como objeto de estudio complementario al estudio de los síntomas depresivos, siendo reflejo de la adaptación positiva que encuentra el adolescente en su transición social hacia la adultez. El análisis de los factores que la explican nos ofrecería información de enorme interés para guiar la promoción de la satisfacción vital en la adolescencia y a lo largo del ciclo vital.

El estudio HBSC (Health Behaviour in School-aged Children), una investigación transversal auspiciada por la Organización Mundial de la Salud en 43 países de Europa y Norteamérica con adolescentes de 11, 13 y 15 años, ha mostrado que la mayoría del alumnado adolescente se encuentra satisfecho con su vida, aunque en este estudio la satisfacción vital es evaluada con un solo ítem del cuestionario que se administra a los escolares. Las tasas de alumnado satisfecho con su vida son más elevadas en países como Finlandia y Holanda, y más bajas en Letonia, Lituania y Ucrania (Estudio HBSC;

WHO, 2008a). Este mismo estudio ha señalado que la satisfacción vital es inferior en el grupo de edad de 15 años que en el grupo de 11 años, en casi todos los países y regiones estudiados. Los chicos presentan por lo general una mayor satisfacción vital que las chicas a los 15 años (WHO, 2012). Los datos de este estudio respecto a España indican que en torno al 95% de los chicos y chicas de 11 años de edad se encuentran altamente satisfechos con su vida, mientras que en el segmento de edad de 15 años, el 84% de las chicas y el 88% de los chicos se encuentran altamente satisfechos.

Algunos estudios realizados en EE.UU. han destacado que hasta un 10% de los adolescentes evalúan su satisfacción vital de forma negativa (Huebner, Drane y Valois, 2000). Se ha encontrado asimismo que los niveles de satisfacción vital tienden a disminuir a lo largo de la adolescencia (Proctor et al., 2009).

Por otro lado, durante la adolescencia, una mayor satisfacción vital se ha asociado a múltiples consecuencias positivas de diversa índole: a) de tipo escolar, como una mayor frecuencia de participación en actividades extraescolares, mayor satisfacción escolar, aspiraciones académicas más altas, un mejor rendimiento académico y una mejor actitud hacia la educación; b) de tipo interpersonal, como una mejor relación con los padres, una mejor relación con los iguales, y una mayor aceptación social; y c) de tipo intrapersonal, como un mayor sentido vital, una mayor gratitud, una mayor autoestima, más afecto positivo o un estilo de vida más saludable (Proctor, Linley y Maltby, 2010). En otro estudio transversal con estudiantes estadounidenses, Gilman y Huebner (2003) encontraron que los adolescentes que estaban más satisfechos con su vida presentaban menos estrés, se relacionaban mejor con los demás, tenían mejores actitudes hacia sus profesores y tenían una mejor salud mental. Estas cascadas evolutivas de desarrollo positivo han sido bien documentadas por Lewin-Bizan, Bowers y Lerner (2010).

De esta manera, se hace de especial relevancia el estudio de la satisfacción vital en la adolescencia y de los factores que pueden estar explicando las puntuaciones que presentan los adolescentes. Estos resultados se configuran como importantes tanto en sí mismos como por las consecuencias que de ellos se derivan para el desarrollo. Y es que la satisfacción vital resulta de especial importancia en el desarrollo personal, ya sea

como consecuencia positiva del desarrollo normativo, como por ser en sí misma motor del desarrollo e implicar múltiples resultados positivos. Además, la adolescencia es la etapa donde empieza a gestarse y ser posible esta evaluación global sobre la propia vida, dadas las capacidades cognitivas más desarrolladas que caracterizan a esta etapa (Feldman y Elliott, 1990).

Como se comentó anteriormente respecto a la expresión de la depresión en la adolescencia, la satisfacción vital también está sujeta a influencias culturales. Dado que resulta del juicio cognitivo global de la satisfacción con la propia vida, el tipo de evaluación y las características tenidas en cuenta para llevarla a cabo pueden ser muy moldeables por el contexto específico de desarrollo. Así, Vitterso y sus colaboradores (Vitterso, Roysamb y Diener, 2002) hallaron que la medida de satisfacción vital era menos fiable en los países más pobres y que la estructura de la satisfacción vital era diferente según la cultura (Diener, Oishi y Lucas, 2003). Hasta la fecha, los estudios sobre satisfacción vital en la adolescencia se han realizado especialmente con muestras estadounidenses (Proctor et al., 2009), mientras que menos de la cuarta parte de los estudios se han realizado en Europa. Diener y sus colaboradores (Diener, Diener y Diener, 1995) encontraron grandes diferencias en satisfacción vital entre naciones. A su vez, Diener y Suh (2000) realizaron una revisión de los efectos de diferentes factores culturales en la satisfacción vital.

Dada la influencia cultural en el desarrollo de la satisfacción vital, como ocurriera en el caso de los síntomas depresivos, la gestación y los factores implicados no tienen por qué ser los mismos en todas las culturas. Así, se hace muy necesario el estudio de la satisfacción vital y los factores que la explican en nuestro contexto concreto, Andalucía (España). El estudio de estos factores de forma amplia nos permitirá, como en el caso de los síntomas depresivos, comparar el poder predictivo de factores diferentes, que den cuenta de los diferentes contextos de desarrollo del adolescente y de diferentes características tanto internas como externas, algo poco frecuente en la literatura científica, y menos aún en investigaciones en nuestro contexto.

La exploración de qué factores explican la satisfacción vital y los síntomas depresivos va a permitir el posterior diseño de programas de tratamiento del malestar,

prevención del malestar y promoción del bienestar. La investigación debe tener como fin último el incremento del bienestar en los adolescentes y reducir el malestar, favoreciendo un afrontamiento saludable de los retos que encuentran en esta etapa evolutiva para que puedan alcanzar la adultez en la mejor condición posible. Además, tenemos que subrayar la importancia y necesidad de estudios que sigan diseños longitudinales, ya que, como es sabido, sólo ellos permiten el establecimiento de relaciones entre antecedentes y consecuentes y dan cuenta así de cómo se produce el desarrollo durante la adolescencia.

El presente trabajo se centra principalmente en el estudio de qué cambios experimentan la satisfacción vital y los síntomas depresivos en la adolescencia, y en identificar algunos factores que explican dichos cambios. A continuación comenzaremos con una revisión de la literatura en relación a estos dos grandes constructos, la satisfacción vital y los síntomas depresivos. En esta revisión nos centraremos en los trabajos empíricos que se han realizado con muestras adolescentes. Para ello, primero, describiremos las definiciones y modelos teóricos de partida que ayuden a realizar la delimitación conceptual de los constructos de satisfacción vital y de síntomas depresivos, así como su distribución epidemiológica; y, segundo, realizaremos un breve repaso de los factores que han mostrado de forma sostenida un poder explicativo de la satisfacción vital y de los síntomas depresivos con muestras adolescentes. Finalmente, concluiremos el apartado de introducción presentando y justificando los objetivos del estudio.

1.2. El bienestar subjetivo y la satisfacción vital

Los estudios sobre el bienestar subjetivo se centran en cómo las personas evalúan las actuales circunstancias de su vida (Diener, 2000). Los estudios que investigan el bienestar subjetivo en la adolescencia se han incrementado en los últimos años, desde que la definición de salud mental fue ampliada para incluir los aspectos positivos además de la mera ausencia de psicopatología (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000). Del mismo modo, el concepto de bienestar subjetivo ha proporcionado un complemento fundamental al foco de atención de la psicología tradicional en la patología y el estrés (Gilman y Huebner, 2006). Siguiendo a Diener y Lucas (2000), entre los componentes del bienestar subjetivo están:

a) El afecto negativo y positivo: que se refiere a la frecuencia con la que se experimentan emociones positivas (como la alegría o el orgullo) y la frecuencia con la que se experimentan emociones negativas (como la ira o la tristeza). El balance afectivo haría referencia a la diferencia entre el peso de la experiencia de emociones positivas y el peso de la experiencia de emociones negativas en un momento dado.

b) La satisfacción vital global, por otra parte, hace referencia a la evaluación cognitiva de la calidad global de la vida de una persona, basando esta evaluación en sus propias normas o estándares (Diener, Suh, Lucas y Smith, 1999).

La satisfacción global es considerada un componente clave del bienestar subjetivo ya que:

- Va más allá de las fluctuaciones emocionales momentáneas (Diener y Diener, 1996).

- Puede influir en cambios en conductas (Lewinsohn, Redner y Seeley, 1991).

- Está relativamente libre de sesgos de deseabilidad social (Diener, 1994), si bien es una valoración desde criterios moldeados socialmente y con ciertas influencias culturales (Diener, Oishi y Lucas, 2003).

-Proporciona una valoración global del bienestar que se basa en criterios que son establecidos por los propios individuos y no por los investigadores (Diener, 2000).

Por todo ello, Frisch (1999) defiende el uso de medidas de satisfacción vital de forma integrada con las medidas de síntomas psicopatológicos, como rutina básica en psicología para obtener evaluaciones de resultados más comprehensivas, donde se tenga en cuenta tanto el funcionamiento positivo como la desviación.

En la misma línea de los resultados obtenidos con adultos, la mayoría de los niños y adolescentes valoran globalmente sus vidas de forma positiva (Diener y Diener, 1996). Estos resultados han sido replicados con estudiantes de muy diversos países y culturas: en Estados Unidos (Huebner et al., 2000), Australia (Cummins, 1997), Portugal (Neto, 1993), China (Leung y Zhang, 2000), Canadá (Greenspoon y Saklofske, 1997), España (Casas, Rosich y Alsinet, 2001) y Corea (Park, 2000), entre otros. Por ejemplo, en un estudio de Huebner y sus colaboradores (2000), con una muestra de 5.544 adolescentes estadounidenses encontraron que el 73% de los participantes valoró su satisfacción vital global de forma positiva.

Estos resultados son inconsistentes con algunas teorías evolutivas (Erikson, 1968) que caracterizan la adolescencia como un período de tensión e inestabilidad emocional. Sin embargo, no se debe restar importancia al hecho de que muchos adolescentes no evalúan sus vidas de forma positiva. En el estudio de Huebner que hemos comentado anteriormente, el 11% de la muestra valoró su satisfacción con la vida de forma global negativamente (Huebner, Suldo, Smith y McKnight, 2004). Además, es interesante señalar que los resultados de investigación longitudinal demuestran que los niveles globales de satisfacción vital tienden a disminuir ligeramente a lo largo de la adolescencia (Proctor et al., 2009), en muy diversas culturas, como Estados Unidos (Suldo y Huebner, 2004a), Israel (Ullman y Tatar, 2001), Corea del Sur (Park, 2005) y China (Chang, McBride-Chang, Stewart y Au, 2003).

La satisfacción vital en la adolescencia es un indicador clave de una amplia variedad de resultados positivos (Proctor et al., 2009). Los resultados de estudios de tipo correlacional han mostrado que una alta satisfacción vital se encuentra asociada a una mayor autoestima (Huebner, 1991), a una mayor calidad de vida relacionada con la salud (Zullig, Valois, Huebner y Drane, 2005a), a una mayor esperanza (Gilman, Dooley y Florell, 2006), a una mayor autoeficacia (Bradley y Corwyn, 2004), a mejores relaciones tanto con los padres como con los iguales (Man, 1991; Nickerson y Nagle, 2004), a mayor participación en actividades extraescolares (Gilman, 2001), a mayores aspiraciones vitales (Emmons, 1986), y a un mejor rendimiento académico (Gilman y Huebner, 2006).

Por otro lado, la satisfacción vital muestra una asociación negativa con problemas psicopatológicos, como la depresión o el estrés social (Gilman y Huebner, 2006). Además, otros trabajos de investigación han sugerido que una buena satisfacción con la vida amortigua el efecto negativo del estrés y disminuye la probabilidad de desarrollar un trastorno psicológico. Por ejemplo, Suldo y Huebner (2004a) en un estudio con muestra adolescente encontraron que aquellos con una satisfacción vital positiva tenían menos probabilidad de desarrollar más tarde trastornos externalizantes como resultado de la vivencia de sucesos vitales estresantes, en comparación con aquellos adolescentes con una baja satisfacción vital. Además, los mismos autores, en un estudio con diseño transversal, encontraron que la satisfacción vital ejerce de variable mediadora en la relación entre el apoyo parental y la presencia de problemas de conducta (Suldo y Huebner, 2004b).

A continuación realizaremos una breve revisión de algunos trabajos de investigación realizados hasta la fecha sobre los factores asociados o los predictores de la satisfacción vital, en muestras adolescentes. Se presentarán de forma ordenada estos resultados de acuerdo con las siguientes dimensiones temáticas: características sociodemográficas, características socioeconómicas, características socioculturales, creencias religiosas, relaciones familiares, adaptación escolar, relación con los iguales, práctica de actividad físico-deportiva, consumo de sustancias, hábitos de sueño, autoestima, satisfacción corporal, rumiación, inteligencia emocional, cambios puberales y salud física.

1.2.1. Satisfacción vital y características sociodemográficas

En general, los estudios que profundizan en la relación entre las medidas de satisfacción vital y las diversas variables sociodemográficas, como la edad, el género o la etnia, han encontrado que este tipo de variables contribuyen de forma modesta a la predicción de la satisfacción vital de los adolescentes (Proctor et al., 2009). En algunos estudios se encontró que la satisfacción vital global no difiere de forma significativa en función del género y la edad (Gilman y Huebner, 2003). Estos resultados han sido observados en muestras de estudiantes estadounidenses (Gilman, Huebner y Laughlin, 2000) y australianos (Bearsley y Cummins, 1999). Otros estudios, en cambio, han encontrado relaciones específicas entre algunas variables sociodemográficas y la satisfacción vital de los adolescentes. De este modo, se han encontrado ligeras diferencias de género en muestras de estudiantes portugueses (Neto, 1993) y turcos (Verkuyten, 1986), siendo los chicos los que presentaban una satisfacción vital algo mayor a la de las chicas. En cuanto a la edad, Huebner y sus colaboradores (Huebner, Laughlin, Ash y Gilman, 1998), con una muestra con una edad media de 12,89 años, encontraron que correlacionaba de forma débil y negativa con las puntuaciones en satisfacción vital. En la misma línea, el estudio HBSC de la OMS nos ha indicado que la satisfacción vital en la mayoría de países estudiados es menor en los adolescentes de más edad, mientras que los chicos suelen presentar una media más elevada (WHO, 2012).

Huebner et al. (2000) evaluaron los niveles y correlatos sociodemográficos de las percepciones de los adolescentes sobre su satisfacción vital global y sobre su satisfacción en dominios específicos de sus vidas (familia, amigos, escuela, sí mismo, el ambiente en el que vive). Con una muestra de 5.545 estudiantes de escuelas públicas en Carolina del Sur, como parte del Youth Risk Behavior Survey del Center for Disease Control, los resultados mostraron que la mayor parte de los adolescentes mostraron niveles positivos de satisfacción vital, tanto globalmente como en sus dominios específicos. La satisfacción global y familiar no estaba relacionada con el género, la etnia o el curso. Aunque fueron pequeñas, se encontraron algunas diferencias en el género y la etnia en otros dominios específicos. Por otra parte, en un estudio con 2.080

adolescentes españoles, Atienza, Balaguer y García-Mérta (2003) mostraron que tanto en chicos como en chicas la medida de satisfacción vital global conforma un único factor, si bien se encuentran diferencias en el peso de cada ítem dentro del factor.

Finalmente, la mayor parte de los estudios no han encontrado diferencias significativas entre etnias (Ash y Huebner, 2001; Gilman y Huebner, 1997), aunque otros han encontrado modestas diferencias entre afroamericanos y caucásicos residentes en EE.UU., en favor de los caucásicos (Gilman et al., 2000; Huebner et al., 2004). La existencia de resultados contradictorios respecto a la etnia puede deberse a ciertas limitaciones de la muestra (Gilman y Huebner, 2003), o a que tales diferencias pueden deberse realmente a diferencias de tipo socioeconómico o cultural.

1.2.2. Satisfacción vital y características socioeconómicas

Del mismo modo que las variables sociodemográficas, las variables socioeconómicas contribuyen de forma modesta a la predicción de la satisfacción vital de los adolescentes (Proctor et al., 2009). Los trabajos que han investigado las diferencias en la satisfacción vital global según el nivel socioeconómico han llevado a resultados contradictorios. Respecto al nivel socioeconómico, hay estudios que han encontrado que esta variable está relacionada de forma positiva con la satisfacción vital, de manera que los estudiantes con menor nivel socioeconómico presentaban menor satisfacción vital que aquellos con un nivel socioeconómico superior (Ash y Huebner, 2001; Neto, 1993; Seligson, Huebner y Valois, 2003). En esta línea, el estudio HBSC de la OMS (Levin et al., 2011; WHO, 2012) ha indicado que el nivel de ingresos familiar se encuentra positivamente asociado con una mayor satisfacción vital en casi todos los países estudiados, tanto en chicas como en chicos.

Pero también existen otros estudios que no han encontrado estas diferencias (Gilman y Huebner, 1997; Gilman et al., 2000). Por otro lado, Bearsley y Cummins (1999) encontraron que los niños sin techo presentaban una satisfacción vital significativamente inferior. Pero parece que una vez que las necesidades básicas de un niño se han satisfecho (por ejemplo, comida, ropa, cama...), tener recursos económicos

adicionales no influyen de forma significativa en su satisfacción vital (Veenhoven, 1988).

En un trabajo reciente, Levin, Dallago y Currie (2012) nos muestran que el nivel socioeconómico de la familia media en la relación entre la estructura familiar y la satisfacción vital, en una muestra de 5.126 adolescentes escoceses dentro del estudio HBSC de la OMS. Por otro lado, Bergman y Scott (2001), dentro del estudio British Household Panel Study, mostraron que las características socioeconómicas afectaban a las conductas de riesgo para la salud y a las preocupaciones de los adolescentes, pero que tenían un efecto pequeño en otras dimensiones de bienestar psicológico.

Probablemente Daniel Shek sea el autor que más ha trabajado en el bienestar de los adolescentes chinos en situación socialmente desfavorecida (2003). Un mayor estrés económico, basado en medidas de diferentes fuentes, se asocia con menores niveles de bienestar existencial, de satisfacción vital y de autoestima. En comparación con el estrés económico actual percibido por los adolescentes, la preocupación económica futura fue el indicador más fuertemente relacionado con el bienestar psicológico.

1.2.3. Satisfacción vital y características socioculturales

En este apartado, examinaremos, en primer lugar, los estudios que han comparado los niveles de satisfacción vital en adolescentes de distintas culturas. En segundo lugar, abordaremos características relativas al nivel educativo y la profesión de los padres.

Park y Huebner (2005) estudiaron los niveles de satisfacción vital y los correlatos en una muestra de adolescentes estadounidenses y coreanos. Los adolescentes coreanos presentaron una menor satisfacción vital que los estadounidenses, y la satisfacción con la escuela contribuía a la satisfacción global de forma significativa sólo en los adolescentes coreanos. La correlación entre el nivel de satisfacción con uno mismo y el nivel de satisfacción global fue más alta en la muestra de estadounidenses que en la de coreanos.

En otro estudio Liu, Tian y Gilman (2005) compararon las diferencias en satisfacción vital entre adolescentes chinos y adolescentes estadounidenses. Los resultados mostraron que las adolescentes chinas presentaron mayores puntuaciones en satisfacción con los amigos, con la escuela y en la satisfacción global. Por otra parte, las chicas estadounidenses estaban más satisfechas consigo mismas que las chicas chinas. Bradley y Corwyn (2004) examinaron la satisfacción vital entre adolescentes estadounidenses de distinto origen (europeo, africano, chino, mexicano y dominicano). Estos autores encontraron que los diferentes predictores de la satisfacción vital tuvieron una importancia diferente en cada grupo cultural, pero ninguno de ellos explicaba una cantidad de varianza muy superior en cada grupo cultural.

Por otro lado, respecto a la profesión, nivel educativo y el nivel socioeconómico de los padres, Ross (2002) ha realizado un informe de elevado interés en EE. UU. Nos muestra que un bajo nivel educativo en los padres se asocia con un menor bienestar en los adolescentes, aunque especialmente en los chicos de familias con ingresos bajos de padres casados. Esta autora sugiere que algunas características del trabajo como la cercanía al hogar familiar y tener horarios flexibles, pueden tener más efectos sobre el bienestar de los adolescentes que las categorías de trabajo en sí mismas.

1.2.4. Satisfacción vital y creencias religiosas

En un estudio longitudinal, Marques, Lopez y Mitchell (2013) han sugerido, con una muestra de adolescentes portugueses, que la esperanza y la espiritualidad, pero no la práctica religiosa, estaban fuertemente asociadas con la satisfacción vital. Sabatier, Mayer, Friedlmeier, Lubiewska y Trommsdorff (2011) han estudiado la interacción entre religiosidad, satisfacción vital e importancia de las relaciones familiares en una muestra de adolescentes de cuatro países de tradición cristiana y diferentes contextos religiosos (Francia, Alemania, Polonia y EE.UU.). En todas las culturas la religiosidad tuvo un efecto positivo en las relaciones familiares, lo que se tradujo a su vez en una mayor satisfacción vital. Esta relación es más fuerte en países con una alta religiosidad general (como Polonia y EE.UU.) que en países con culturas donde la religión tiene menos importancia (Alemania).

1.2.5. Satisfacción vital y relaciones familiares

La percepción de un adecuado apoyo social por parte de la familia y los amigos es un elemento esencial para el desarrollo de una salud mental positiva (de Matos, Simoes, Batista-Foguet y Cottraux, 2010; Proctor et al., 2009; Tomé, de Matos, Camacho, Simoes y Diniz, 2012). A pesar de que Steinberg (1987) señaló que la cercanía de los adolescentes a sus padres disminuye en la adolescencia, Greenberg, Siegel y Leitch (1983) encontraron que el efecto de la calidad de la relación parentofilial era mayor que el de la relación con los iguales, explicando un mayor porcentaje de la varianza de las puntuaciones en satisfacción vital. Más recientemente se ha encontrado que el vínculo con los padres es un factor tan importante para el bienestar de los adolescentes como el vínculo con la pareja o los amigos (van Wel, Bogt y Raaijmakers, 2002).

En un estudio de comparación transcultural, se concluye que cuanto mayor es la importancia de los valores familiares en la cultura menor es el efecto de la aceptación de los iguales en la propia satisfacción vital. Los autores de este estudio subrayan la importancia universal del apoyo y la calidez parental en la satisfacción vital de los adolescentes (Schwarz et al., 2012). En España, la comunicación y el apoyo de los padres, así como el acuerdo de éstos en temas educativos, se muestran como factores de protección asociados a los estilos de vida saludables en la adolescencia (Rodrigo et al., 2004).

En Canadá, Oberle, Schonert-Reichl y Zumbo (2011), han evaluado a una muestra de 1.402 escolares y han destacado que el apoyo parental percibido predice la satisfacción vital de los adolescentes. En un estudio en Hungría con una muestra de 881 adolescentes de 14-20 años se concluyó, del mismo modo, que la calidad en la relación con los padres continúa siendo un correlato importante de la satisfacción de los adolescentes (Piko y Hamvai, 2010), destacando la importancia de poder hablar con los padres sobre los problemas. En los chicos resulta de especial importancia el apoyo parental y las actividades realizadas en común (como cenar juntos), mientras que en las chicas destaca la importancia de aceptar e integrar positivamente los valores parentales. Por otro lado, Flouri y Buchanan (2002) mostraron que una baja implicación del padre

contribuía a menores niveles de satisfacción vital en los chicos. Estos resultados se completan con el estudio de Young y sus colaboradores (Young, Miller, Norton y Hill, 1995) con una muestra nacional de jóvenes estadounidenses, en el que encontraron que el apoyo parental percibido era el factor más predictivo de la satisfacción vital, entre las características familiares estudiadas, y que el apoyo del padre y de la madre resultaban ser igualmente importantes a la hora de predecir la satisfacción vital tanto de chicos como de chicas.

En España, con una muestra de adolescentes de 1.319 adolescentes valencianos de 11 a 16 años, Estévez, Murgui, Musitu y Moreno (2008) mostraron que un clima familiar positivo estaba directamente relacionado con una mayor satisfacción vital e indirectamente a través de una mayor autoestima. Entre adolescentes mexicanos también el apoyo familiar percibido fue un predictor significativo de la satisfacción vital (Edwards y Lopez, 2006). A su vez, Luna, Laca y Mejía (2011), con otra muestra de adolescentes mexicanos, mostraron que la satisfacción con la familia correlacionaba de forma positiva y significativa con la satisfacción con la vida. A su vez, Chang et al. (2003), mostraron con una muestra de adolescentes de Hong Kong que la calidez parental y la autonomía predicen la satisfacción vital.

Por otra parte, un estudio en Finlandia ha señalado que algunos aspectos de la dinámica familiar están asociados a la satisfacción vital filial (Rask, Asstedt-Kurki, Paavilainen y Laippala, 2003). Entre los factores más relevantes se encuentran la percepción de los adolescentes de un alto nivel de unión y de estabilidad en la familia y la ausencia de problemas serios en la familia. Un estudio en Croacia (Raboteg-Saric, Brajsa-Zganec y Sakic, 2009) mostró que la cohesión familiar y el apoyo parental explicaban la satisfacción vital al realizar un análisis de regresión múltiple. Joronen y Astedt-Kurki (2005) efectuaron entrevistas semiestructuradas a una muestra de adolescentes para analizar qué contribuía a su satisfacción vital. Los adolescentes destacaron en esta entrevista los siguientes elementos: que su hogar resulte cómodo, que la atmósfera emocional sea cálida, que exista una comunicación abierta, que haya implicación familiar y sentirse importantes dentro de la familia.

Respecto a la colaboración en tareas domésticas, Phinney y Ong (2002) investigaron la relación entre las diferencias entre los padres y los adolescentes en la realización de obligaciones familiares. Las discrepancias a la hora de repartir las tareas resultó ser un predictor negativo de la satisfacción vital, en dos grupos con un bagaje cultural diferente (estadounidenses de origen europeo y estadounidenses de origen vietnamita).

En un trabajo reciente, se ha explorado la relación entre la presencia de estresores familiares específicos (como un estatus socioeconómico bajo, una estructura familiar alterada, eventos vitales problemáticos o la presencia de conflicto interparental) y la satisfacción vital (Chappel, Suldo y Ogg, 2012). Los resultados han indicado que estos estresores familiares explican hasta el 37% de la varianza de la satisfacción vital. En una serie de estudios, Daniel Shek (1997a-c, 1998a,b, 2002a,b) ha mostrado que existen correlaciones negativas entre la satisfacción vital e indicadores de conflicto parentofilial, en una muestra de adolescentes chinos y sus padres. Los datos indican que cuanto mayor es el conflicto y peor el funcionamiento familiar, más importantes son los problemas de salud mental, los trastornos de conducta o el rendimiento académico (Shek, 2002a,b). Además, Shek (2002c) ha mostrado que una percepción positiva de las cualidades parentales, de los estilos parentales, de las características de los padres, y del funcionamiento de la díada, está asociada a una satisfacción vital positiva. Los resultados también sugieren que las características de los padres presentan un mayor poder predictivo que las de las madres en la predicción de satisfacción vital, tanto en chicos como en chicas (Shek, 2005a).

Otro factor relevante que tiene su efecto en la satisfacción vital adolescente es la estructura familiar (Proctor et al., 2009). Los resultados de investigación sobre las consecuencias psicológicas, emocionales y conductuales del divorcio en niños y adolescentes son controvertidas, y varían según cómo responda el hijo/a a la experiencia (Greene, Anderson, Doyle y Riedelbach, 2006). A nivel general, la separación de los padres, el divorcio y las segundas nupcias suelen estar asociados a un menor bienestar en los adolescentes (Demo y Acock, 1996), si bien parece que son otras variables más específicas, como la falta de implicación parental las que presentan un efecto más negativo (Flouri y Buchanan, 2002). En la misma línea, Grossman y Rowat (1995)

encuentran que una mala relación con los padres, y no la estructura familiar, está asociada a una menor satisfacción vital en adolescentes canadienses.

El grupo de trabajo del programa HBSC en Escocia realizó un estudio sobre la importancia de la calidad en la comunicación parentofilial y la estructura familiar en la satisfacción vital (Levin y Currie, 2010). Los autores concluyeron que una buena comunicación con el padre y con la madre está asociada con una mayor satisfacción vital. La comunicación con la madre resultó de especial relevancia, especialmente en las chicas. Entre los chicos, no vivir en una familia tradicional con padre y madre fue un predictor de baja satisfacción vital.

Çivitci, Çivitci y Fiyakali (2009) compararon las medidas en satisfacción vital de una muestra de adolescentes de padres divorciados con las medidas de una muestra de adolescentes de padres no divorciados, en Denizli, una ciudad turca. Mostraron que los hijos e hijas de padres divorciados se sentían más solos y más insatisfechos. Kwan (2008), con un amplio estudio con 4.502 adolescentes chinos mostró que los adolescentes que vivían sólo con el padre, sin padres o bien uno de sus progenitores convivía con otro adulto, presentaban mayor riesgo de insatisfacción vital.

Zullig y sus colaboradores (Zullig, Valois, Huebner y Drane, 2005b), evaluando una muestra de 5.021 adolescentes estadounidenses de institutos públicos, mostraron que los chicos y chicas caucásicos que vivían con ambos padres tenían menos probabilidad de mostrar insatisfacción con sus vidas. Además, sus resultados indican que la estructura familiar tiene efectos diferentes en función de la etnia o el género. Las chicas de etnia negra que vivían con su madre se mostraban muy satisfechas con su vida, al contrario que los chicos de etnia negra que vivían sólo con su padre y las chicas caucásicas que vivían con sus madres y otros adultos.

1.2.6.Satisfacción vital y vida escolar

En un estudio reciente con una amplia muestra de adolescentes de España y Rumanía, se ha concluido que la satisfacción con la escuela está altamente relacionada con la satisfacción con los profesores, pero débilmente relacionada con la satisfacción

vital global. En cambio, la satisfacción con los compañeros y con los amigos del colegio resulta altamente relacionada con la satisfacción vital global (Casas, Baltatescu, Bertran, Gonzalez y Hatos, 2013). Ravens-Sieberer, Kokonyei y Thomas (2004) encontraron, dentro del estudio HBSC de la OMS, que una experiencia escolar positiva está asociada con altos niveles de satisfacción vital, mientras que una experiencia negativa se asocia con una satisfacción más baja.

Oberle et al. (2011), con un estudio de corte ecológico, han mostrado que entre otras variables, la vinculación con la escuela está asociada a una mayor satisfacción vital. Por otro lado, en lo que se refiere a la transición de la escuela comprensiva a una educación con líneas vocacionales, los resultados muestran que los adolescentes con mayor satisfacción vital son aquellos que partían con un mejor rendimiento académico (Salmela-Aro y Tuominen-Soini, 2010). Otra variable de enorme interés es la calidad de la interacción entre la familia y la escuela (Vila, 1995). Siddall, Huebner y Jiang (2013), en un estudio transversal con estudiantes estadounidenses, muestran que las interacciones entre la familia y la escuela son relevantes en la satisfacción vital de los adolescentes, especialmente la implicación parental en cuestiones escolares.

En un estudio en Dinamarca, Corea del Sur y Estados Unidos se evaluó la satisfacción vital, la satisfacción con la escuela y el apoyo a la autonomía por parte de padres y profesores (Ferguson, Kasser y Jahng, 2011). Según sus resultados, las diferencias culturales en satisfacción vital y escolar estaban mediadas por la experiencia de una mayor autonomía. Un mayor apoyo a la autonomía por parte de los padres y los profesores estaba asociado positivamente con una mayor satisfacción con la vida, además de una mayor satisfacción escolar.

Por otra parte, en un estudio con adolescentes húngaros se ha encontrado que la satisfacción escolar y el buen rendimiento estaban asociados con una mayor satisfacción vital, tanto en chicos como en chicas (Piko y Hamvai, 2010).

En una muestra de 1.344 adolescentes varones de 13-19 años en Gran Bretaña (Flouri y Buchanan, 2002) se concluyó que los adolescentes que sufren acoso escolar presentan una menor satisfacción vital. Callahan, Tolman y Saunders (2003)

encontraron los mismos resultados en adolescentes estadounidenses. El acoso escolar electrónico también resulta estar asociado con una menor satisfacción vital en los adolescentes (Moore, Huebner y Hills, 2012). A su vez, Martin, Huebner y Valois (2008) en un estudio longitudinal mostraron que las relaciones entre la satisfacción vital y el acoso son de tipo bidireccional, tras haber demostrado en un anterior estudio transversal la asociación entre estas variables (Martin y Huebner, 2007).

En relación al abandono escolar, empleando tres oleadas de datos recogidos en 1998, 2000 y 2002, se ha encontrado que los jóvenes que abandonan los estudios se encuentran menos satisfechos con sus vidas que los que no lo hacen (Liem, Lustig y Dillon, 2010).

Suldo, Shaffer y Riley (2008) han desarrollado un modelo social-cognitivo-conductual de los predictores académicos de la satisfacción vital de los adolescentes. El modelo postula que las experiencias conductuales (como la conducta de la clase, o las notas) y las experiencias sociales (como el clima percibido) influyen en las creencias y actitudes globales hacia la escuela, como la satisfacción escolar, que resulta a su vez un importante predictor de la satisfacción vital. En otro estudio, estos autores realizaron una revisión sobre los correlatos académicos de la satisfacción vital (Suldo, Riley y Shaffer, 2006). Estos autores analizan los estudios que establecen una asociación significativa entre la satisfacción vital y variables académicas como la satisfacción escolar, el apoyo de los profesores, la inteligencia, el rendimiento académico objetivo o la competencia académica percibida.

En un estudio con adolescentes chinos (Tan y Zeng, 2007), se han analizado diversas variables relativas al ambiente de la clase y su relación con la satisfacción vital. Se han hallado relaciones positivas entre la calidad en la relación entre el estudiante y el profesor, la relación con los compañeros, la disciplina y el orden, y la competencia personal con la satisfacción vital. Y viceversa, cuanto peor es el ambiente de clase, peor es la satisfacción vital del alumnado.

1.2.7. Satisfacción vital y relación con los iguales

El estudio de Schwartz et al. (2012) concluye que la influencia de la relación con los iguales en la satisfacción vital es menor en aquellas culturas en las que la familia goza de mayor relevancia en la vida del adolescente. Nickerson y Nagle (2004), han destacado la relación entre la calidad en la relación con los iguales y la satisfacción vital. Por su parte, Ma y Huebner (2008) analizaron las diferencias de género en esta asociación, y encontraron que las chicas mostraban más apego a los iguales, y que este apego mediaba parcialmente la relación entre el apego con los padres y la satisfacción vital.

En un estudio de corte ecológico, además de las influencias personales, del barrio, escolares y familiares, unas buenas relaciones con los iguales estaban asociadas con una mayor satisfacción vital (Oberle et al., 2011). Igualmente, Piko y Hamvai (2010) destacan la importancia del número de buenos amigos en la satisfacción vital de las chicas.

En un estudio con adolescentes chinos de Hong Kong, se ha encontrado que, junto con el autoconcepto, la calidad en la relación con los iguales explica hasta la tercera parte de la varianza de la satisfacción vital, subrayando la necesidad de trabajar en la mejora de la relación con los iguales si se quiere incrementar la satisfacción vital entre el alumnado (Leung y Zhang, 2000). Otro estudio con adolescentes croatas concluye que el apoyo de un amigo íntimo modera los efectos negativos de la desventaja socioeconómica sobre la satisfacción vital (Raboteg-Saric et al. , 2009).

En un estudio reciente de Marion, Laursen, Zettergren y Bergman (2013), se analizan las consecuencias de las relaciones con los iguales y el rechazo sufrido por parte de los iguales durante la adolescencia sobre la satisfacción vital, en un estudio longitudinal treinta años después. Los resultados señalan que la amistad con algún amigo o amiga en la adolescencia modera la asociación entre el rechazo sufrido por otro igual en la adolescencia y la satisfacción vital en la adultez. Así, estos resultados

extienden la importancia de la relación con los iguales en la satisfacción vital más allá de la adolescencia.

En una muestra de adolescentes noruegos, Derdikman-Eiron, Indredavik, Bratberg, Taraldsen, Bakken y Colton (2011) encontraron que la frecuencia con la que se queda con los amigos y el no tener amigos suficientes son variables que influyen en el bienestar subjetivo, si bien las asociaciones son más fuertes en chicos que en chicas.

Por otra parte, en una muestra de adolescentes italianos, los resultados muestran que sentirse solo por ser excluido socialmente pone en riesgo el bienestar; en cambio no pone en riesgo el bienestar una soledad voluntaria que pueda satisfacer cierta necesidad evolutiva paralela a la de estar vinculado con otras personas (Corsano, Majorano y Champetravy, 2006).

1.2.8. Satisfacción con la vida y actividad físico-deportiva

La investigación realizada hasta la fecha nos señala, en general, que hacer ejercicio físico está asociado a una mayor satisfacción vital en los jóvenes (Proctor et al., 2009). Gilman (2001) encontró que aquellos estudiantes que participaban más en actividades extraescolares presentaban una mayor satisfacción vital. Vilhjalmsson y Thorlindsson (1992) demostraron que la satisfacción vital se encontraba relacionada positivamente con el ejercicio físico intenso y con la participación en clubes deportivos. Del mismo modo, Valois, Zullig, Huebner y Drane (2004) encontraron asociaciones positivas entre la satisfacción vital y diversos tipos de ejercicio físico. A su vez, en un estudio con una muestra nacional de jóvenes en Dinamarca, se concluyó que el ejercicio físico intenso estaba asociado de forma positiva con una mayor satisfacción vital (Holstein, Ito y Due, 1990).

En un importante estudio longitudinal de 10 años de seguimiento realizado en Noruega, denominado Nord-Trondelag Health Surveys (Rangul, Bauman, Holmen y Midthjel, 2012), se investigó qué efectos producía la realización de actividad física durante la adolescencia sobre los riesgos cardiovasculares y la salud mental y física. Los resultados muestran que aquellos que realizaron actividad física durante su adolescencia

presentaron un menor riesgo de enfermedad cardiovascular, una mejor salud mental y una mayor satisfacción vital. En otro estudio, realizado con adolescentes portugueses, se concluyó que aquellos jóvenes que más deporte practicaban presentaban una mayor satisfacción con la vida, además de estilos de vida más saludables (Pauperio, Corte-Real, Dias y Fonseca, 2012).

Un estudio transversal con una muestra de 2.623 adolescentes británicos de 13-16 años nos indica que niveles más bajos de actividad física autoinformada y mayores niveles de conducta sedentaria se asocian con menores niveles de bienestar psicológico, tanto en chicos como en chicas, tras controlar la edad y el hábitat de residencia (Ussher, Owen, Cook y Whincup, 2007). No obstante, en un estudio longitudinal sí se muestran posibles diferencias de género en esta asociación. En concreto, los autores indican que no existe relación significativa entre alta participación deportiva y satisfacción vital entre las chicas, pero sí entre los chicos. Así, aquellos chicos que hicieron deporte durante su adolescencia presentaron una mayor satisfacción vital en su adultez (Varca, Shaffer y Saunders, 1984).

1.2.9. Satisfacción vital y consumo de sustancias

Un estudio de Zullig y sus colaboradores (Zullig, Valois, Huebner, Oeltmann y Drane, 2001), analiza la relación entre el abuso de sustancias y la satisfacción vital percibida en una muestra de 5.032 estudiantes estadounidenses de instituto, dentro del estudio South Carolina Youth Risk Behavior Survey, realizado en el año 1997. Los resultados indicaron que fumar tabaco, masticar tabaco, consumir marihuana, consumir cocaína, un consumo frecuente de alcohol, un consumo excesivo de alcohol y el consumo de esteroides estaban asociados significativamente con una menor satisfacción vital en diversos grupos de etnia y género. En concreto, los resultados fueron significativos en los chicos y chicas de etnia blanca, y entre los chicos y chicas de etnia negra. Además, empezar a consumir antes de los 13 años alcohol, marihuana, cocaína o tabaco también estaba asociado de forma significativa con una menor satisfacción vital. En este estudio tan sólo se ofrecen asociaciones, sugiriendo la necesidad del diseño de estudios longitudinales para establecer relación entre antecedentes y consecuentes.

También con una amplia muestra de adolescentes estadounidenses, Valois y sus colaboradores (Valois, Zullig, Huebner, Kammermann y Drane, 2002), nos muestran cómo el consumo de sustancias junto con la práctica de relaciones sexuales de riesgo se relacionan con una menor satisfacción vital. A su vez, Kuntsche y Gmel (2004) diferencian entre bebedores solitarios y bebedores sociales. Aunque por lo general los adolescentes que suelen embriagarse suelen presentar una menor satisfacción vital, especialmente aquellos que se embriagan solos son los que presentan menores puntuaciones en esta variable, además de una menor autoestima y una mayor frecuencia de acoso escolar sufrido.

Sun y Shek (2010) estudian la asociación de la satisfacción vital, el abuso de sustancias y la delincuencia, en una muestra de 7.975 estudiantes chinos de secundaria. De acuerdo con el ajuste de una serie de modelos de ecuaciones estructurales, los resultados reflejan que la satisfacción vital se asocia de forma negativa con el abuso de sustancias y la conducta delincente. Mason y Spoth (2011) han llevado a cabo un estudio longitudinal para abordar las asociaciones entre consumo de alcohol y el bienestar subjetivo en la adolescencia. En este estudio, el uso de alcohol no fue un predictor de bienestar subjetivo, sino de problemas de adicción varios años después.

La tesis doctoral de Rooks (2010) estudia la relación entre el consumo de sustancias y la satisfacción vital en una muestra de adolescentes latinos residentes en EE.UU. Los resultados muestran una asociación inversa entre la satisfacción vital y el consumo de alcohol, tabaco y marihuana. Además, esta autora ha concluido que el consumo de estas sustancias explica el 6% de la varianza de la satisfacción vital.

1.2.10. Satisfacción vital y hábitos de sueño

Un estudio publicado en 2006 con adolescentes alemanes nos señala que la duración del sueño y su calidad disminuyen durante la adolescencia, debido a razones biológicas y psicosociales. A su vez, nos muestra que el cansancio debido a problemas de sueño está relacionado con una menor satisfacción vital, además de con problemas académicos (Wolfradt, 2006).

Fuligni y Hardway (2006), con una muestra de adolescentes estadounidenses, estudiaron las dinámicas diarias del sueño, las actividades diarias y el bienestar de los adolescentes. Las obligaciones de estudio y otras demandas estresantes durante el día estaban relacionadas de forma modesta pero consistente con menos horas de sueño durante esa noche. Sucesivamente, menos sueño esa noche se asociaba con un menor bienestar al día siguiente. Además, las variaciones diarias en las horas de sueño tenían tanta importancia en el bienestar como la cantidad de tiempo durmiendo cada noche.

1.2.11. Satisfacción vital y autoestima

La autoestima es una de las variables más examinadas como predictora de la satisfacción vital, además de las características sociodemográficas, las relaciones sociales, la personalidad y el estilo de afrontamiento (Zhang y Leung, 2002). Tanto la autoestima como la satisfacción vital nos muestran evaluaciones globales de uno mismo, aunque con diferencias: la autoestima refleja las percepciones y evaluaciones sobre uno mismo, mientras que la satisfacción vital implica la evaluación del individuo de su vida como un conjunto (Diener y Diener, 1995; Naranjo y González, 2012). Por otro lado, desde la perspectiva de la satisfacción vital, la autoestima global refleja los juicios individuales sobre uno mismo y es vista como un componente de la satisfacción vital global, que implica la evaluación de diferentes áreas, como la familia, la escuela, los amigos, además de uno mismo (Huebner, Gilman y Laughlin, 1999).

Precisamente, una de las variables que más fuertemente se encuentra asociada a la satisfacción vital global es la autoestima global, con correlaciones que van desde 0,40

a 0,60 con muestras de estudiantes en EE.UU. (Gilman et al., 2000; Terry y Huebner, 1995). Las correlaciones son algo más bajas en estudiantes de otros países (Leung y Zhang, 2000; Neto, 1993), lo que sugiere que la cultura puede moderar esta relación. En cambio, Diener y Diener (1995) exploraron la validez discriminante de la autoestima y la satisfacción vital en una amplia muestra de 13.118 estudiantes de varios países, y encontraron que la relación era positiva tanto en la muestra completa como en cada submuestra de cada país.

En algunos estudios la autoestima se ha postulado como uno de los más fuertes predictores de la satisfacción vital en los adolescentes (Neto, 1993, 2001; Zhang y Leung, 2002). Muchos estudios han mostrado una asociación positiva entre la satisfacción vital y la autoestima (Gilman y Huebner, 2006; Huebner y Gilman, 2006; Huebner et al., 1999; Neto, 2001; Zhang y Leung, 2002). En concreto, Zhang y Leung (2002), encontraron que las asociaciones entre la autoestima y la satisfacción vital eran más fuertes en los chicos que en las chicas, y que el efecto era mayor entre los adolescentes de menor edad, en una amplia muestra de escolares chinos.

Gilman y Huebner (2006), en una muestra de adolescentes estadounidenses, encontraron que los adolescentes más satisfechos con sus vidas mostraban una mayor autoestima, entre otras características de buen ajuste psicológico. En esta misma línea, Proctor et al. (2010) nos muestran que los adolescentes más felices presentan mayores niveles de autoestima, en un estudio de tipo correlacional.

En un estudio con adolescentes españoles, Casas y sus colaboradores (Casas, Figuer, González, Malo, Alsinet y Subarroca, 2007) nos mostraron que una mayor autoestima se asoció con mayores niveles de satisfacción vital. Raboteg-Saric et al. (2009), a partir de un análisis de regresión múltiple, nos indican que la satisfacción vital de los adolescentes croatas puede ser explicada por los valores de autoestima, entre otras variables. A su vez, en un estudio con adolescentes finlandeses (Salmela-Aro y Tuominen-Soini, 2010) se concluye que cuanto mayor sea el rendimiento académico percibido y mayor sea la autoestima, mayor será la satisfacción vital del adolescente durante la transición a niveles educativos más especializados.

Por otro lado, otros estudios han mostrado que la autoestima tiene un efecto positivo como mediadora o moderadora en la relación de la satisfacción vital con otras variables. Un reciente estudio con adolescentes turcos entre 11 y 15 años resalta el papel de mediador parcial de la autoestima en la relación entre sentirse solo y los niveles de satisfacción vital (Kapikiran, 2013). También encuentran los mismos resultados Çivitci y Çivitci (2009), en otro estudio con adolescentes turcos. En él concluyeron, mediante análisis de regresión jerárquica, que la autoestima global media parcialmente la relación entre sentirse solo y la satisfacción vital global. Además, Çivitci (2010) en el mismo segmento de edad ha encontrado que la autoestima modera la relación entre los síntomas depresivos y la satisfacción vital, en especial la dimensión de satisfacción con la familia.

Más recientemente, en un estudio con adolescentes chinos, se ha hallado que la autoestima media la relación entre la inteligencia emocional y la satisfacción vital (Kong, Zhao y You, 2012). A su vez, en un trabajo con adolescentes checos se analizan las diferencias y las similitudes entre la autoestima y la satisfacción vital, según su relación con diversos rasgos de personalidad (Blatny, Jelinek, Blizkovska y Klimusova, 2004). Los autores concluyen que tanto la autoestima como la satisfacción vital se relacionan con la extroversión, la estabilidad emocional y la autoconsciencia, además de presentar una asociación positiva entre ellas.

1.2.12. Satisfacción vital y satisfacción corporal

En un estudio longitudinal en EE.UU. denominado National Longitudinal Study of Adolescent Health (Vogt Yuan, 2010), se ha estudiado el bienestar y las percepciones corporales en una muestra de 12.814 adolescentes, de 11 a 20 años. Los resultados muestran que el bienestar de las adolescentes blancas no hispanas fue el que presentaba una mayor relación con las percepciones corporales. Valois, Zullig, Huebner y Drane (2003) mostraron, mediante análisis de regresión logística y modelos multivariados, que las percepciones de sobrepeso, las percepciones de bajo peso, estar a dieta para perder peso, y haber usado laxantes o píldoras para perder peso o haber vomitado para perder peso, se relaciona de forma significativa con una reducida satisfacción vital en la adolescencia.

En un estudio con adolescentes holandeses llamado Rotterdam Youth Mental Health Monitor, se evaluó a una amplia muestra para analizar la asociación entre indicadores de salud mental y medidas sobre el peso. Este estudio no proporcionó evidencia de que el sobrepeso real se asociara con un menor bienestar en los adolescentes de menor edad. En los adolescentes de 12 y 13 años sentirse con sobrepeso, más que tener realmente sobrepeso, parece ser importante en el bienestar (Jansen, Van de Looij-Jansen, de Wilde y Brug, 2008). Esto es un indicio más del fuerte componente cultural del bienestar personal.

Zullig, Pun y Huebner (2007) nos indicaron, con una muestra de adolescentes estadounidenses, que las percepciones de bajo peso y la preocupación extrema sobre el peso se asociaban de forma significativa con insatisfacción con la vida, tanto en chicos como en chicas. Sin embargo, vomitar, las percepciones de sobrepeso, los atracones de comida y la preocupación excesiva sobre los atracones estaban asociados con insatisfacción vital sólo en las chicas. Gray y Leyland (2008) sostienen que sentirse con sobrepeso se asocia con un menor bienestar en las chicas adolescentes, pero no en los chicos. En un estudio con adolescentes afroamericanos (East, 2010), se ha encontrado que una insatisfacción con la imagen corporal se asocia con menores niveles de autoestima y de satisfacción vital.

Giundice (2006) nos ha subrayado también el mayor riesgo de insatisfacción corporal en las chicas durante la adolescencia y el impacto de esta insatisfacción en los niveles de bienestar. Las adolescentes se encuentran ante una situación en la que tienen que confrontar los cambios físicos puberales con las expectativas físicas no realistas de los medios de comunicación, los padres o los iguales. Así, Giundice nos indica que aquellas chicas con una imagen corporal más pobre presentan una menor autoestima y están más insatisfechas con sus vidas.

1.2. 13. Satisfacción vital y rumiación

Recientemente, Feldman, Joorman y Johnson (2008) han propuesto que el modo diferente en que las personas respondamos al afecto positivo puede influir en la duración e intensidad de los episodios de afecto positivo, quizás conllevando cambios a largo plazo en la salud mental y física. Feldman y sus colaboradores sugieren que la rumiación positiva o las respuestas al estado de ánimo positivo centradas en el propio afecto o en uno mismo incrementarían el afecto positivo, mientras que las respuestas de inhibición lo disminuirían. Hughes (2009) en un estudio con diseño longitudinal, concluye que la rumiación positiva interactúa con los eventos vitales positivos para predecir cambios en el bienestar psicológico, pero no en la salud física. Bryant (2003) concluye que el saboreo de emociones positivas se correlaciona positivamente con la intensidad del afecto positivo, con la extroversión, el optimismo, un locus de control interno, la satisfacción vital, la autoestima y la felicidad.

Aunque algunos trabajos han examinado el saboreo o la inhibición de la experiencia de emociones positivas, muy pocos han mostrado el impacto de estos estilos de respuesta en el bienestar. En un estudio con adolescentes estadounidenses se analizó el impacto relativo de estas estrategias sobre el afecto positivo y la satisfacción vital. Los resultados muestran que cuando se experimentan eventos positivos, focalizar la atención en el momento presente e iniciar un saboreo de la emoción positiva promueve el desarrollo del afecto positivo, mientras que compartirlo con otros promueve la satisfacción vital. Al contrario, inhibir la experiencia de emociones positivas, centrándose en detalles negativos o rumiando de forma negativa disminuye tanto el afecto positivo como la satisfacción vital. Este estudio concluye que hay varias estrategias en las que comprometerse cuando uno experimenta eventos positivos, y que cultivar el saboreo de emociones positivas resulta beneficioso para incrementar los niveles de felicidad que van más allá de ese momento concreto (Quoidbach, Berry, Hansenne y Mikolajczak, 2010).

1.2.14. Satisfacción vital e inteligencia emocional

El concepto de inteligencia emocional se ha definido como la habilidad para percibir, evaluar y expresar de forma precisa emociones, la habilidad para generar sentimientos para facilitar el pensamiento, la habilidad para comprender las emociones y el conocimiento de las mismas, y la habilidad para regular emociones y promover el crecimiento emocional e intelectual (Mayer y Salovey, 1997). Los individuos que son capaces de comprender y regular sus emociones tienden a poder mantener un mejor bienestar psicológico (Heck y Oudsten, 2008; Salovey, 2001). En concreto, dentro del constructo de inteligencia emocional, nos centramos en la atención emocional (la atención percibida prestada a los propios estados emocionales), la claridad emocional (la comprensión percibida de los propios estados emocionales) y la reparación emocional (la habilidad percibida para regular los propios estados emocionales) (Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai, 1995).

En un estudio con adolescentes españoles, Rey, Extremera y Pena (2011) han mostrado que la claridad y la reparación emocional presentan una relación positiva con la satisfacción vital. Además, a partir de un modelo de ecuaciones estructurales indican que la claridad y la reparación emocional presentan, además de un efecto directo sobre la satisfacción vital, un efecto indirecto por medio de la autoestima. En un estudio longitudinal, Salguero, Palomera y Fernandez-Berrocal (2011) concluyen que la atención a las emociones y la habilidad para repararlas predice de forma significativa el bienestar de los adolescentes un año después. Mavroveli, Petrides, Rieffe y Bakker (2007) también encuentran asociaciones significativas entre la inteligencia emocional y las medidas de bienestar, en una muestra de adolescentes holandeses. En cambio, nos hemos encontrado con resultados contradictorios en un estudio con adolescentes israelíes, que señala que la inteligencia emocional no predice el bienestar (Zeidner y Olnick-Shemesh, 2010).

Por otra parte, Kong et al. (2012), con una muestra de escolares chinos, concluyen que la autoestima y el apoyo social median en la relación entre la inteligencia emocional y la satisfacción vital.

1.2.15. Satisfacción vital y cambios puberales

Cheung, Ng y McBride (2007) han mostrado, con una muestra de adolescentes de Hong Kong, que los chicos que presentan una maduración más tardía se encuentran menos satisfechos con sus vidas. En cambio, las chicas que presentan una maduración temprana presentan una menor satisfacción vital. Benjet y Hernandez-Guzman (2002), con una muestra de adolescentes mexicanos, concluye que la experiencia de la menarquía en las chicas adolescentes en algunos casos afecta negativamente a su bienestar psicológico. En cambio, los cambios puberales en los chicos no parecen afectarles a su bienestar de forma negativa. Los resultados sugieren que el control maternal, el ajuste socioemocional y las actitudes hacia la menstruación moderan los efectos del cambio puberal. Es probable además que la vivencia de la menarquía esté muy moldeada culturalmente y por la actitud de personas cercanas relevantes.

En una muestra de 8.593 sujetos de 13-18 años representativa de los adolescentes de EE.UU., dentro del estudio National Longitudinal Study of Adolescent Health, se ha explorado cómo el crecimiento del pecho en las chicas produce cambios en el bienestar psicológico (Vogt Yuan, 2012). Los resultados de los análisis de regresión multivariante mostraron que, cuanto mayor fuera el desarrollo percibido del pecho, menor era el bienestar psicológico entre las chicas de 13-15 años de etnia blanca, afroamericana y latina. Por otro lado, las chicas con un menor desarrollo del pecho también sufrían descensos en su bienestar. Además, la menarquía a una temprana edad, el sobrepeso, la percepción de estar con sobrepeso y los esfuerzos por perder peso explicaban parte del bienestar psicológico. Al tratarse de una investigación realizada en un único contexto cultural y en un único momento histórico, no se ha analizado el peso de las variables contextuales de tipo cultural en la vivencia de la pubertad femenina.

1.2.16. Satisfacción vital y salud física

Las evaluaciones de satisfacción vital se han convertido en una parte importante en las evaluaciones de salud tras la aplicación de un tratamiento en pacientes que han sufrido problemas de salud diversos (Langeveld, Koot y Passchier, 1999). Langeveld y sus colaboradores (Langeveld, Koot, Loonen, Hazebroek y Passchier, 1996) encontraron que los adolescentes que sufrieron migrañas y dolores de cabeza presentaban una menor satisfacción vital. Además, los cambios en la presencia de estos síntomas de migraña y dolores de cabeza estaban asociados con cambios paralelos en los niveles de satisfacción vital (Langeveld et al., 1996).

Por su parte, Videra-García y Reigal-Garrido (2013) han hallado en una muestra de 1.648 adolescentes españoles, con una edad entre 14 y 16 años, que la satisfacción vital se asocia de forma positiva con la salud percibida. A su vez, Zullig et al. (2005a), con una muestra de 4.914 adolescentes estadounidenses de Carolina del Sur, mostraron con análisis de regresión logística y modelos multivariados que la salud autoevaluada, el número de días enfermo en el último mes, el número de días con poca salud mental en el último mes y los días con limitación de actividad en el último mes, estaban asociados de forma significativa con una peor satisfacción vital, con independencia de la etnia o el sexo. Además, cuanto mayor era el número de días en los que el sujeto informaba haber tenido problemas de salud, mayor era la insatisfacción vital.

Finalmente, en una muestra de adolescentes finlandeses (Katja, Paivi, Marja-Terttu y Pekka, 2002) se ha encontrado que la satisfacción escolar, la satisfacción corporal y la salud percibida explican hasta el 50% de la varianza en satisfacción vital.

1.3. Los síntomas depresivos en la adolescencia y revisión de los factores asociados

1.3.1. Los síntomas depresivos en la adolescencia

La depresión es un grave problema de salud mental que conlleva costes significativos a nivel personal y a nivel social. Aunque las primeras teorías consideraban la depresión como un trastorno en la edad adulta, las perspectivas actuales resaltan la adolescencia como un período de especial riesgo para la aparición de los primeros trastornos depresivos (Rudolph, 2008a). Sin atender a la visión clásica de la adolescencia como etapa de tormenta y estrés, la depresión en este período evolutivo ha sido por fin reconocida como un problema de salud mental pernicioso y recurrente que genera un deterioro importante en las vidas de los jóvenes y les pone en riesgo tanto la salud como el bienestar en la edad adulta (Rudolph, 2008b).

La depresión puede ser conceptualizada y medida en diversos niveles, como un síntoma (estado de ánimo triste, por ejemplo), como un síndrome (una constelación de síntomas asociados, derivada de una teoría o datos empíricos), o como un trastorno clínico (un conjunto de síntomas que reúnen una serie de criterios diagnósticos específicos).

Las características de la depresión, como su prevalencia, su curso, y sus correlatos, van a diferir atendiendo a la definición de depresión que se siga, además de la muestra objeto de interés (ya sea una muestra clínica o una muestra de la población general).

1.3.1.1. Prevalencia

La investigación epidemiológica muestra de forma consistente un incremento acentuado en la presencia de depresión durante la adolescencia en la sociedad actual. Desde la adolescencia media a la tardía, la frecuencia de depresiones diagnosticables es comparable a la de los adultos (Rudolph, 2008b). En una revisión de hasta seis estudios epidemiológicos realizados entre 1987 y 2000, Lewinsohn y Essau (2002) mostraron

que los índices de prevalencia a lo largo de la vida del trastorno depresivo mayor (TDM) en los adolescentes oscilaba entre el 1,9 y el 18,4%. Este intervalo está lejos de los índices encontrados en población preadolescente, por debajo del 3%. El National Comorbidity Study, una encuesta epidemiológica en los Estados Unidos, señala un índice de prevalencia del TDM en torno al 14% en la población adolescente (Kessler y Walters, 1998; Lewinsohn et al., 2000). Algunos estudios comunitarios de tipo prospectivo han revelado un incremento marcado en los índices de depresión clínica desde la infancia a la adolescencia tardía (Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler y Angold, 2003).

Por otro lado, la depresión subclínica afecta a un mayor porcentaje de adolescentes. Atendiendo a criterios diagnósticos, entre el 10 y el 20% de los jóvenes experimentan depresión breve o subsíndrome (Kessler y Walters, 1998). Basándonos en los puntos de corte convencionales de las medidas de autoinforme, nos encontramos con que un porcentaje incluso mayor de jóvenes sufren síntomas depresivos significativos, entre el 20 y el 50% (Kessler, Avenevoli y Merikangas, 2001). Además, encontramos datos de investigaciones en las que administran autoinformes de síntomas depresivos a lo largo del tiempo, que señalan que los índices se incrementan en la adolescencia (Ge et al., 1994). Estos niveles elevados y persistentes de síntomas depresivos están asociados con un deterioro funcional significativo (Gotlib, Lewinsohn y Seeley, 1995) y anticipa la aparición de trastornos clínicos posteriores (Angst, Sellaro y Merikangas, 2000).

1.3.1.2. Aparición, características clínicas y curso

Los datos empíricos de investigaciones de tipo prospectivo señalan que la edad cumbre de inicio de la depresión tiene lugar durante la adolescencia media, aproximadamente entre los 13-15 años. Por ejemplo, en el Oregon Adolescent Depression Project (OADP), la edad media de aparición del TDM fue de aproximadamente 15 años (Lewinsohn y Essau, 2002). En un análisis longitudinal de participantes evaluados desde el nacimiento, se ha encontrado que el 75% de los adultos que han experimentado un trastorno depresivo a la edad de 26 años, tenían una historia de depresión durante la infancia o adolescencia (Kim-Cohen et al., 2003).

La duración de los episodios de TDM durante la adolescencia varía según los estudios, con mayores duraciones en muestras clínicas, con una media de 7 a 9 meses (Birmaher, Arbeleaz y Brent, 2002), que en muestras comunitarias, con una media de 26 semanas (Lewinsohn, Rohde y Seeley, 1998). La mayor parte de los episodios de TDM suelen remitir en un máximo de dos años, mientras que los episodios de distimia presentan una duración media de 4 años. Además, la aparición de distimia predice el desarrollo futuro de TDM (Birmaher et al., 1996).

A pesar de los elevados índices de remisión, la depresión conlleva un alto riesgo de recurrencia, de manera que hasta un 40% de los adolescentes que han experimentado un episodio depresivo mayor vuelven a sufrirlo en el período de 2 a 5 años después de la recuperación (Birmaher et al, 1996; Rao, Hammen y Daley, 1999). Entre los predictores de riesgo de cronicidad y recurrencia están: la severidad de los síntomas, la historia familiar o personal de TDM, la comorbilidad o presencia al mismo tiempo de otros problemas de salud mental, la ideación suicida, tener creencias negativas, y las adversidades en la familia (Birmaher et al., 2002; Rohde, Lewinsohn, Klein y Seeley, 2005). En muestras clínicas, en torno al 20-40% de los adolescentes con TDM desarrollan un trastorno bipolar en los siguientes 5 años (Birmaher et al, 1996).

Si bien hay bastante apoyo empírico a la tendencia a la cronicidad y recurrencia que presenta la depresión, existen menos estudios que apoyan la idea de la continuidad de la depresión a través de períodos evolutivos. Los hallazgos tanto de estudios comunitarios (Lewinsohn, Rohde, Klein y Seeley, 1999) como de estudios clínicos (Rao et al., 1995) muestran que la depresión en la adolescencia presagia una depresión en la edad adulta. Sin embargo, un cuerpo creciente de evidencia sugiere una posible discontinuidad entre la depresión con una aparición previa a la adolescencia y la depresión con una aparición después de la adolescencia, con un curso, correlatos y etiología diferentes. Aunque algunos jóvenes con depresión en la infancia experimentan depresión también en la adolescencia y la adultez (Weissman et al., 1999), otros experimentan otras formas de trastornos y deterioro (Harrington, Fudge, Rutter, Pickles y Hill, 1990). Además, varios predictores y correlatos de la depresión, como la contribución genética (Thapar y McGuffin, 1996), la disfunción neurobiológica

(Kaufman, Martin, King y Charney, 2001), las adversidades familiares (Harrington, Rutter y Fombonne, 1996), y la respuesta a la medicación (Kaufman et al., 2001), varían entre la infancia, adolescencia y adultez.

Estos resultados indican la necesidad de identificar los factores que de forma fiable distinguen entre los trastornos depresivos según su aparición en distintos períodos evolutivos. En este sentido, Shanahan, Copeland, Costello y Angold (2011) han mostrado que algunos factores psicosociales de riesgo en la infancia resultaban ser más predictivos de la aparición de depresión en la infancia que en la adolescencia o adultez, si bien algunos de estos factores explicaron además la depresión en la adolescencia.

1.3.1.3. Fenomenología y características evolutivas

Se emplean los mismos criterios para diagnosticar la depresión a lo largo del desarrollo, sólo con pequeñas diferencias entre unas etapas y otras. Así, en los adolescentes, pero no en los adultos, la irritabilidad puede ser uno de los cambios de humor con valor clínico, y el criterio de duración de la distimia es de un año. Sin embargo, puede haber cambios evolutivos en la experiencia y expresión de síntomas específicos, dada la maduración de las capacidades cognitivas, emocionales, fisiológicas y sociales (Avenevoli y Steinberg, 2001; Weiss y Garber, 2003).

En un amplio meta-análisis (Weiss y Garber, 2003) se compararon los índices de síntomas específicos en diversos grupos de edad, desde la primera infancia hasta la adultez, y se encontraron diferencias en muchos de los síntomas nucleares (agitación, retardo, fatiga, culpa y tristeza) y en otros síntomas asociados (ansiedad y molestias psicosomáticas). En estudios de tipo transversal se ha mostrado que los adolescentes deprimidos tienen más probabilidad de experimentar desesperanza o indefensión, falta de energía, hipersomnia, pérdida de peso e ideación suicida, en comparación con los preadolescentes deprimidos (Avenevoli y Steinberg, 2001). Así, los adolescentes parecen sufrir más síntomas vegetativos que los preadolescentes.

Ahora bien, estas diferencias evolutivas varían en diferentes estudios según la composición de la muestra y el informante (Weiss y Garber, 2003), y no todas las

diferencias descritas encuentran apoyo empírico en estudios de corte longitudinal (Avenevoli y Steinberg, 2001). Las evidencias son contradictorias respecto a la existencia de una estructura similar en la depresión a lo largo del desarrollo, encontrándose algunos estudios que apoyan la existencia de diferencias evolutivas importantes, mientras que otros indican que existen menos diferencias (Weiss y Garber, 2003; Yorbik, Birmaher, Axelson, Williamson y Ryan, 2004).

1.3.1.4. Consecuencias de la depresión en la adolescencia

Además del riesgo de recurrencia de la depresión, los niños y adolescentes con depresión tienen más probabilidad de sufrir un mayor número de posibles consecuencias negativas a lo largo del ciclo vital. A pesar de que existe cierto debate sobre la persistencia del deterioro más allá de los episodios de depresión aguda, los resultados de investigación indican que incluso después de la remisión de estos episodios, persisten dificultades en la vida diaria.

Aunque no es específico de la depresión, las secuelas más comunes de la depresión en la infancia y adolescencia incluyen un peor rendimiento en la escuela, problemas en las relaciones con los iguales y con la familia, y deterioro en el funcionamiento cognitivo (Kessler y Walters, 1998; Reinherz, Giaconia, Pakiz, Silverman, Frost y Lefkowitz, 1993). La depresión durante la adolescencia se ha asociado también con algunos problemas en la adultez, ya sea respecto a una mayor incidencia de eventos vitales estresantes, pérdida de apoyo social, menor satisfacción en los roles vitales, bajo nivel de ingreso, bajas aspiraciones educativas, un casamiento temprano, una maternidad o paternidad tempranas, y baja satisfacción en la pareja (Franko et al., 2005; Gotlib, Lewinsohn y Seeley, 1998; Rao et al., 1995).

Las consecuencias adversas de la depresión son más severas entre jóvenes con trastornos depresivos recurrentes en comparación con las consecuencias que sufren aquellos que tan sólo tuvieron un episodio depresivo (Wittchen et al., 1998). La depresión puede también ser un factor de riesgo para el uso y abuso de drogas (Conway, Compton, Stinson y Grabt, 2006; Franko et al., 2005; Schepis y Rao, 2005), aunque

estas asociaciones también pueden explicarse por otros trastornos comórbidos (Costello et al., 2003).

La consecuencia más severa de la depresión en la adolescencia es el suicidio. El 41% de los adolescentes con depresión en el Oregon Adolescent Depression Project comunicaron que tenían ideación suicida, y el 21% de los jóvenes deprimidos del National Comorbidity Survey confesaron haber intentado suicidarse (Kessler y Walters, 1998). La comorbilidad de la depresión con el abuso de sustancias, los trastornos de ansiedad y los trastornos de personalidad resulta más predictiva de suicidio y de intentos repetidos de suicidio (Angold, Costello y Erkanli, 1999; Hoberman y Bergmann, 1992).

1.3.1.5. Búsqueda de ayuda y tratamiento

La Organización Mundial de la Salud, en su estudio denominado Global Burden of Disease, concluyó que la depresión es el trastorno que supone una mayor carga social entre las edades comprendidas en el rango de 15 a 44 años, en el mundo desarrollado (Murray y López, 1996). La depresión con frecuencia tiene sus raíces en la infancia y adolescencia y continúa en la adultez, sin embargo, algunos estudios muestran que sólo una minoría de los niños o adolescentes reciben tratamiento antes de llegar a la adultez.

Los estudios epidemiológicos de niños y adolescentes sugieren que sólo entre el 25-50% de los niños con problemas de salud mental, como la depresión, ha recibido algún tipo de tratamiento posterior a la aparición del problema, ya sea en la escuela, en centros de salud o en servicios sociales, dentro del período de 3 meses a un año, e incluso un menor porcentaje ha recibido servicios directamente de especialistas en salud mental (Angold, Erkanli, Silberg, Eaves y Costello, 2002; Canino et al., 2004). Los jóvenes afroestadounidenses parecen recibir aún menos atención en los servicios de salud mental (Elster, Jarosik, Van Geest y Fleming, 2003). Algunos factores asociados con el uso de los servicios pueden ser: haber sufrido un gran deterioro global, presentar comorbilidad, tener historia previa de depresión, tener algún intento de suicidio y que estos problemas del niño presenten un alto impacto en la familia (Angold et al., 2002; Canino et al., 2004; Fergusson y Horwood, 2001; Lewinsohn et al., 1998; Wittchen et al., 1998).

Los servicios escolares son el punto de entrada más común de búsqueda de ayuda, aunque los niños y adolescentes que buscan ayuda en estos servicios tienen menos probabilidad de recurrir a servicios especiales de salud mental (Farmer, Burns, Phillips, Angold y Costello, 2003).

Los estudios epidemiológicos de adultos con depresión que comparan de forma retrospectiva las edades a las que el trastorno comenzó y las edades a las que buscaron por primera vez ayuda profesional, presentan tres conclusiones de interés (Christiana et al., 2000; Kessler, Olfson y Berglund, 1998; Olfson, Kessler, Berglund y Lin, 1998). Primero, la mayor parte de las personas que comenzaron con depresión en la infancia o adolescencia tuvieron tratamiento de forma eventual. Segundo, el retraso en la búsqueda de ayuda inicial es perjudicial y se relaciona de forma inversa con la edad en que aparece el trastorno. Tercero, la probabilidad de obtener un tratamiento para la depresión se ha incrementado en los últimos estudios con muestras de países desarrollados, aunque las demoras en obtenerla aún son bastante frecuentes.

1.3.1.6. La emergencia de diferencias de género en la depresión en la adolescencia. Diferencias diagnósticas

Durante la adolescencia, hay un destacable cambio en el riesgo relativo de sufrir depresión entre chicos y chicas. Antes de los 13 años, las chicas y los chicos presentan prácticamente los mismos niveles de sintomatología depresiva y los mismos índices de trastornos depresivos (Hankin y Abramson, 2001; Hilt y Nolen-Hoeksema, 2008). Entre los 13 y 15 años, la presencia de síntomas depresivos y de trastornos depresivos en las chicas se incrementa de forma intensa, mientras que los índices de los chicos se mantienen relativamente estables (Galambos et al., 2004; Twenge y Nolen-Hoeksema, 2002). Al comienzo de la adultez, las mujeres presentan el doble de probabilidad que los hombres de sufrir depresión.

Hay una amplia evidencia respecto a las diferencias de género en los trastornos depresivos en la adolescencia (Hankin y Abramson, 2001). Así, un estudio longitudinal con adolescentes de 12 a 19 años encontró que las chicas sufrían más episodios

depresivos mayores que los chicos en cada oleada del estudio, con una ratio media de 2:1. Además, una de cada cinco chicas y uno de cada diez chicos experimentaron un episodio depresivo mayor durante el estudio (Galambos et al., 2004).

Un reciente metaanálisis también ha encontrado una mayor prevalencia de depresión desde los 13 a los 18 años en las chicas (el 5,9% de la muestra) en comparación con los chicos (4,6%) (Costello, Erkanli y Angold, 2006). En un metaanálisis de estudios empleando el inventario de depresión infantil, Twenge y Nolen-Hoeksema (2002) encontraron que las puntuaciones en depresión de los chicos eran ligeramente superiores a las de las chicas en la infancia, pero que a la edad de 13 años las puntuaciones de las chicas se incrementaban mientras que las de los chicos se mantenían estables. En el estudio con chicos y chicas de 12 a 19 años de Galambos y sus colaboradores (2004), las chicas presentaron más síntomas depresivos en todos los momentos temporales, sugiriendo que las diferencias ya estaban presentes a la edad de 12 años. Un estudio longitudinal con escolares de 9 a 17 años halló que las diferencias de género aparecen después de los 13 años (Ge et al., 1994). Finalmente, el estudio longitudinal desde el nacimiento, de Hankin y sus colaboradores (Hankin, Abramson, Moffitt, McGee, Silva y Angell, 1998), examinó el número de síntomas depresivos durante una entrevista clínica en participantes de 11 a 21 años. Este estudio mostró una tendencia diferencial en el número de síntomas a la edad de 15 años. Así, parece que las diferencias de género a nivel de síntoma emergen en algún momento entre los 12 y los 15 años, aunque no forzosamente ello ha de ser así en todas las culturas.

Además de las diferencias de género en los niveles globales de sintomatología durante la adolescencia, algunos estudios han investigado las diferencias de este tipo en la severidad de los síntomas entre los adolescentes diagnosticados con trastorno depresivo mayor (TDM). Por ejemplo, un estudio con estudiantes de instituto con TDM nos señala que las chicas presentaban ligeramente más síntomas depresivos durante su primer episodio depresivo que los chicos (una media de 7 frente a una media de 6,7) (Lewinsohn, Rohde, Seeley, Klein y Gotlib, 2003). Otro estudio reciente con una muestra de 11 a 20 años, con trastorno depresivo mayor, encontró, empleando dos medidas diferentes de sintomatología depresiva, que las chicas presentaban mayor severidad en los síntomas que los chicos (Bennett, Ambrosini, Kudes, Metz y

Rabinovich, 2005). Sin embargo, al menos dos estudios con adolescentes con trastorno depresivo mayor no encontraron evidencia para estas diferencias en la severidad basada en el número de síntomas, empleando entrevistas clínicas (Hankin et al., 1998; Kovacs, 2001).

Pocos son los estudios que han examinado si existen diferencias de género en los síntomas específicos experimentados por los adolescentes con depresión. Lewinsohn y sus colaboradores (2003) encontraron que las chicas adolescentes presentaban más síntomas relativos al peso y al apetito (pérdida o ganancia de peso, o incremento del apetito), en comparación con los chicos. En otro estudio, las chicas presentaban más síntomas de culpa excesiva y de problemas de concentración que los chicos, que presentaban más problemas de fatiga por las mañanas y retardo psicomotor (Bennet et al., 2005). Ambos estudios encontraron muy pocas diferencias en la presentación de síntomas, lo que sugiere que hay más similitudes que diferencias en este punto. Otro trabajo no encontró diferencias en los perfiles sintomáticos (Sorensen, Nissen, Mors y Thomsen, 2005).

A continuación mostramos una breve revisión de algunos trabajos de investigación realizados sobre los factores asociados y los predictores de los síntomas depresivos, en muestras adolescentes. Presentaremos de forma ordenada estos resultados de acuerdo con las siguientes dimensiones temáticas: características sociodemográficas, características socioeconómicas, características socioculturales, creencias religiosas, relaciones familiares, adaptación escolar, relación con los iguales, práctica de actividad físico-deportiva, consumo de sustancias, hábitos de sueño, autoestima, satisfacción corporal, rumiación, inteligencia emocional, cambios puberales, y salud física.

1.3.2. Los síntomas depresivos en función de las características sociodemográficas, las características socioculturales y las características socioeconómicas

Jackson y Goodman (2011) han mostrado que en función de la etnia, el sexo y el nivel socioeconómico se observan diferencias significativas en los niveles de síntomas depresivos entre los adolescentes. En concreto, estos autores hallaron más síntomas depresivos en las chicas de etnia negra y de bajo nivel socioeconómico.

Interesa tener en cuenta, por otra parte, que Agoston y Rudolph (2013) han hallado, en un estudio longitudinal, que los síntomas depresivos contribuyen a tener un estatus social bajo, mediante dos procesos: a) los síntomas depresivos promueven la conducta de indefensión social y el posterior rechazo de los iguales, y b) los síntomas depresivos promueven la conducta agresiva y el posterior rechazo de los iguales.

En una muestra de adolescentes coreanos, se ha encontrado una asociación significativa entre depresión en la adolescencia y las variables sexo, curso, rendimiento académico, nivel socioeconómico familiar, apoyo parental, nivel educativo parental, actividad física y sueño (Park, Heo, Subramanian, Kawachi y Oh, 2012). Los estudiantes que viven con padres ricos han presentado una mayor probabilidad de tener síntomas depresivos, y una mayor formación educativa en las madres se asociaba de forma significativa con una mayor probabilidad de tener depresión en los chicos.

En un estudio longitudinal de 27 años de duración con una muestra de adolescentes estadounidenses, Walsh, Levine y Levav (2011) han encontrado, con modelos de regresión logística binaria, que un bajo nivel socioeconómico parental en la adolescencia incrementaba el riesgo de síntomas depresivos años después, especialmente entre los adolescentes afroamericanos. Miller y Taylor (2012) han hallado que los jóvenes de etnia negra y bajo nivel socioeconómico presentan más síntomas depresivos que los adolescentes blancos de familias con alto nivel socioeconómico. De esta manera, las diferencias étnicas parecen ser explicadas por las diferencias socioeconómicas. Además, estos autores han encontrado que el apoyo

emocional de la familia modera las diferencias étnicas en síntomas depresivos, de manera que los adolescentes blancos sufren más síntomas depresivos si disponen de bajos niveles de apoyo emocional parental mientras que los adolescentes negros tienen más síntomas en niveles altos. Goodman, Slap y Huang (2003), por su parte, encontraron que un bajo nivel de ingresos familiares y un bajo nivel educativo parental se asociaban con un mayor riesgo de depresión.

Twenge y Nolen-Hoeksema (2002) estudiaron las diferencias de género, etnia, nivel socioeconómico y cohorte en una muestra de adolescentes de 8-16 años de EE.UU. Estos autores nos indican que los chicos presentan puntuaciones de síntomas depresivos estables desde los 8 a los 16 años (exceptuando una media algo superior a los 12 años), mientras que las chicas presentan medias inferiores en la infancia, pero presentan puntuaciones más altas a partir de los 13 años. No se encontraron diferencias de nivel socioeconómico, ni entre las etnias blanca y negra. En cambio, la submuestra de latinos presentó puntuaciones más altas de síntomas depresivos.

Con adolescentes finlandeses, se ha realizado un seguimiento similar durante 27 años (Elovainio et al., 2012), que ha mostrado que una menor edad, el sexo masculino, un alto nivel ocupacional de los padres pero no el nivel de ingresos, y una baja emocionalidad negativa en la infancia, estaban asociados con un menor nivel de síntomas depresivos. Por otra parte, se ha encontrado que los efectos del nivel socioeconómico en la infancia en los síntomas depresivos disminuyen con el tiempo. Otro estudio en Finlandia, conducido por Huurre, Eerola, Rahkonen y Aro (2007) ha encontrado que el bajo nivel socioeconómico familiar en la adolescencia no afectaba al riesgo de depresión en la adultez.

A continuación, repasamos algunos estudios que han abordado las diferencias culturales en los síntomas depresivos. El grupo de investigación de Stewart (Stewart et al., 2004) encontró que los síntomas depresivos y la desesperanza eran menores en los adolescentes de Hong Kong que en los de los EE.UU. Además, las distorsiones cognitivas eran también menores en los adolescentes de Hong Kong que en los adolescentes estadounidenses. En otro estudio, Lin (2002) halló que las variables familiares eran mejores predictores de depresión y problemas de conducta en los

adolescentes estadounidenses de orígenes europeo y chino, en comparación con los adolescentes chinos de Taipei y Beijing. Por otra parte, Ruchkin, Sukhodolsky, Vermeiren, Kosopov y Schwab-Stone (2006) compararon los síntomas depresivos en los adolescentes estadounidenses, belgas y rusos, sin encontrar ninguna diferencia.

1.3.3. Síntomas depresivos y creencias religiosas

Kang y Romo (2011) en una muestra de adolescentes estadounidenses de origen coreano, han hallado que un mayor compromiso con la iglesia está relacionado con una espiritualidad personal más fuerte, al mismo tiempo que predice menos síntomas depresivos en las chicas y un mejor rendimiento académico en los chicos. Por otra parte, Tripathi (2008) mostró que no hay diferencias en síntomas depresivos entre adolescentes de distintas religiones.

En un estudio longitudinal, Possel y sus colaboradores (Possel, Martin, Garber, Banister, Pickering y Hautzinger, 2011) encuentran diferencias entre la orientación religiosa extrínseca (si la practican para obtener beneficios externos) o la intrínseca (si viven su religión por convicciones personales). Estos autores han encontrado que sólo una orientación religiosa intrínseca predice menos síntomas depresivos 4 meses después, controlando los niveles iniciales de depresión y el estilo cognitivo. En cambio, los síntomas depresivos no predijeron ningún tipo de orientación religiosa 4 meses después.

Rasic, Kisely y Langille (2011) han mostrado, en una muestra de adolescentes de Nueva Escocia (Canadá), que entre las chicas adolescentes dar mucha importancia a la religión está asociado con menos síntomas depresivos, menos ideación suicida y menos uso de alcohol y cannabis. Por otra parte, la práctica religiosa se asocia con menos abuso de sustancias y menos ideación suicida.

1.3.4. Síntomas depresivos y relaciones familiares

Desde los primeros modelos teóricos, la depresión se ha considerado un trastorno que aparece dentro del contexto familiar. De acuerdo con teorías más lejanas

en el tiempo (Bowlby, 1969; Freud, 1917) y con teorías más modernas (Goodman y Gotlib, 1999), las adversidades en el entorno familiar (como depresión parental, apego inseguro, maltrato, y crianza desadaptativa) pone en riesgo las emergentes capacidades biológicas, psicológicas y emocionales de los niños (como la maduración de los circuitos neurales implicados en la regulación y en la expresión emocional, el desarrollo de una visión positiva de uno mismo y de la relación con los demás, y la adquisición de habilidades adaptativas de regulación emocional), creando una mayor vulnerabilidad a la depresión (Rudolph, 2008b). Además, otras vulnerabilidades ya presentes pueden interactuar con estas adversidades a edad temprana y pueden activarse cuando el adolescente afronte los retos que se encuentre en su transición adolescente (Rudolph y Flynn, 2007).

En este período de transición se producen muchos cambios a nivel de autonomía y de desarrollo de un marco de relaciones con los iguales, a la vez que se mantienen unidos a sus familias. Estos cambios, junto con mayores expectativas y preocupaciones en los padres, puede aumentar la tensión en la familia (Paikoff y Brooks-Gunn, 1991). Los jóvenes que comienzan esta transición adolescente con pocos recursos familiares y con relaciones tensas con sus progenitores tienden a presentar un mayor riesgo de depresión.

La teoría de la sensibilización al estrés (Monroe y Harkness, 2005) sugiere que la exposición a adversidades a temprana edad confiere una mayor sensibilidad a posteriores estresores, bajando así el umbral de reactividad ante eventos estresantes. Dos estudios recientes en adolescentes confirman esta cuestión (Hammen, Henry y Daley, 2000; Harkness, Bruce, y Lumley, 2006), mostrando que los jóvenes con historia de adversidad en la familia tienen más probabilidad de sufrir depresión cuando se enfrentan a bajos niveles de estrés que aquellos jóvenes que no han sufrido adversidad en el entorno familiar. Un tercer estudio nos señala los patrones de riesgo específicos asociados con la sensibilización al estrés según el género y a lo largo del desarrollo. Sus autores, Rudolph y Flynn (2007), concluyen que la sensibilización al estrés tiene lugar en los chicos antes de la pubertad y en las chicas en la pubertad. Además, algunas investigaciones también sugieren que las chicas son más susceptibles que los chicos a las influencias familiares adversas. La depresión maternal está más fuertemente

asociada a depresión en las chicas adolescentes que en los adolescentes varones. Por otro lado, la discordia familiar parece tener un mayor efecto en las chicas adolescentes (Sheeber, Davis y Hops, 2002). Así, las influencias familiares parecen jugar un papel crucial en la elevación de los índices de depresión en la adolescencia, especialmente en las chicas.

La adversidad en la familia también contribuye a estilos cognitivos desadaptativos y a representaciones negativas de sí mismo y de la relación con los demás, características que igualmente intensifican la reactividad al estrés (Hankin, 2005). Hammen, Shih y Brennan (2004) aportan evidencia sobre la relación entre la depresión materna y la depresión adolescente. Estos autores indican que la depresión materna está asociada a estrés interpersonal en las madres, y que este estrés predice baja calidad en la crianza, además de déficits en la competencia social filial y un elevado estrés interpersonal en sus hijos, lo que a su vez se asocia a depresión en los propios jóvenes. Los déficits sociales en los adolescentes deprimidos de madres deprimidas son más severos que los que presentan aquellos adolescentes con depresión pero cuya madre no está deprimida (Hammen y Brennan, 2001). Además, Rueger y Malecki (2011) hallaron que las chicas y los chicos con un estilo atribucional pesimista y bajos niveles de apoyo parental presentaron los índices más altos de sintomatología.

Respecto a la influencia de la depresión materna en los síntomas depresivos de los adolescentes, el estudio Oregon Adolescent Depression Project ha encontrado que la presencia de un TDM durante el primer año de vida del niño representa un período sensible e incrementa el riesgo de depresión en la adolescencia (Bagner, Pettit, Lewinsohn y Seeley, 2010). A su vez, Bureau, Easterbrooks y Lyons-Ruth (2009) en un estudio longitudinal de 20 años, mostraron que los síntomas depresivos en la adolescencia eran predichos por el género, los síntomas a los 8 años, los síntomas de la madre cuando eran adolescentes y los síntomas de la madre cuando eran niños.

Nilsen, Gustavson, Roysamb, Kjeldsen y Karevold (2013) realizaron un estudio longitudinal de 15 años de duración con una muestra de adolescentes noruegos. Los resultados señalan que los problemas emocionales de la madre durante la infancia del hijo o hija se asocian con el desarrollo de síntomas depresivos en la adolescencia. Esta

influencia en la adolescencia se da incluso cuando el niño o niña tiene tan sólo un año y medio. Por otra parte, en una muestra con adolescentes finlandeses se ha encontrado que los síntomas depresivos en la madre en el momento actual se asocian con problemas emocionales y de conducta en adolescentes de ambos géneros (Korhonen, Luoma, Salmelin y Tamminen, 2012). Además, los síntomas depresivos en la madre antes del nacimiento se asocian con problemas externalizantes y baja competencia social en chicos. Essez, Klein, Cho y Kalin (2002) encontraron que los niños de preescolar cuyas madres sufrían depresión, además de altos niveles de estrés, presentaban un elevado cortisol. Este estudio sugiere que la exposición al estrés maternal sensibilizó al sistema biológico de respuesta al estrés. Una elevada reactividad de cortisol también se ha encontrado en chicas adolescentes de madres con depresión (Gotlib, Joorman, Minor y Cooney, 2006). Otros trabajos de investigación relacionan la depresión en la madre con patrones atípicos de actividad cerebral implicada en la regulación y expresión de emociones en niños (Dawson, Frey, Panagiotides, Osterling y Hessel, 1997) y adolescentes (Gotlib et al., 2006).

A continuación, repasaremos los estudios que han analizado la relación entre la calidad en la relación parentofilial y el desarrollo de síntomas depresivos.

Respecto a las pautas de crianza, Gaté y sus colaboradores (2013) han realizado un estudio longitudinal con adolescentes de 12, 15 y 17 años. Estos autores concluyen que unas buenas pautas de crianza en los padres supone un factor protector frente al desarrollo de rumiación depresiva y de síntomas depresivos en sus hijos. Por otra parte, en un estudio realizado con 1.276 estudiantes de Nairobi (Kenia), se ha encontrado que las puntuaciones en síntomas depresivos correlacionan de forma positiva con una conducta maternal de rechazo, una conducta paternal sin apego emocional, una conducta maternal sin apego emocional, y una conducta paternal de baja protección. Así, unas conductas de crianza desadaptativas se asocian con el desarrollo de síntomas depresivos (Khasakhala, Ndeti, Mutiso, Mbwayo y Mathai, 2012). En una muestra de adolescentes mexicanos se ha encontrado que los síntomas depresivos se asocian de forma positiva con el control y la imposición, y negativa con la comunicación y la autonomía (Palos, Ocampo, Casarín, Ochoa y Rivera, 2012). El análisis de regresión

lineal mostró que las prácticas parentales explicaban entre el 26 y el 31% de la varianza de la depresión en las chicas, frente al 6-25% en los chicos.

Respecto al conflicto familiar, Briere, Archambault y Janosz (2013) han realizado un estudio longitudinal con 3.862 adolescentes canadienses. Los resultados mostraron asociaciones recíprocas entre conflicto percibido con los padres y síntomas depresivos. Además, los síntomas depresivos predijeron una deficitaria comunicación con los padres. Por otra parte, una muestra de 179 adolescentes fue evaluada desde los 12 a los 18 años por Auerbach y Ho (2012), y se ha encontrado que el estrés en la relación con los iguales media parcialmente la relación entre un conflicto familiar importante y los altos niveles de síntomas depresivos. Sheeber y sus colaboradores (Sheeber, Kuppens, Shortt, Katz, Davis y Allen, 2012) encuentran que la depresión en la adolescencia está asociada con una mayor escala de disforia durante las interacciones conflictivas entre los adolescentes y sus padres, tras realizar un estudio en el que grabaron con vídeo las interacciones entre padres y adolescentes. Además, las conductas de los padres que refuerzan la conducta depresiva o la agresión recíproca, y que fracasan a la hora de reforzar la conducta positiva resultan asociadas con la depresión en la adolescencia. Para una revisión al respecto, puede ser útil la publicación de Schwartz, Sheeber, Dudgeon y Allen (2012).

Por otra parte, el desacuerdo entre el adolescente y su progenitor (padre o madre) en la percepción de las conductas y emociones del adolescente es un factor predictor de la depresión en adolescentes afroamericanos (Breland-Noble y Weller, 2012). Las diferencias étnicas en síntomas depresivos parecen estar mediadas por los estresores presentes en la familia y las diferencias socioeconómicas. Este hallazgo de Miller y Taylor (2012) subraya la importancia de identificar los factores dentro del contexto familiar que influyen en el bienestar adolescente y en la capacidad para afrontar las adversidades.

Seguidamente, repasaremos algunos otros estudios que analizan el papel del apoyo parental en los síntomas depresivos de los adolescentes. En un estudio con adolescentes latinos, se ha encontrado, tras realizar modelos de regresión múltiple, que bajos niveles de implicación parental se asocian con mayores niveles de síntomas

depresivos. También se encontró que las chicas latinas presentaban una mayor sintomatología que los chicos latinos (Dawson, Pérez y Suárez-Orozco, 2012). En otro trabajo, Desha, Nicholson y Ziviani (2011), a través de un modelo de ecuaciones estructurales, establecen que el tiempo pasado con los padres se asocia con la severidad de los síntomas depresivos, por medio de la percepción de aceptación por parte de los padres. En un estudio longitudinal con una amplia muestra de 10.828 adolescentes estadounidenses, denominado National Longitudinal Study of Adolescent Health, se ha encontrado que los chicos y las chicas que presentaban menos apoyo parental en la transición de la adolescencia a la adultez temprana presentan más riesgo de sintomatología depresiva (Needham, 2008).

Además, un estudio ha abordado la relación entre la cooperación en las tareas domésticas y los síntomas depresivos en la adolescencia. En una muestra de adolescentes chinos en EE.UU. se ha encontrado que altos niveles de cooperación en tareas domésticas se asocian con menos síntomas depresivos (Juang y Cookston, 2009). A su vez, en un estudio español con una muestra representativa de los preadolescentes y adolescentes de 10-18 años se ha constatado que la cooperación frecuente en las tareas domésticas por parte de los hijos o hijas está asociada con diversos indicadores de calidad en la relación parento-filial (Mendoza, Batista-Foguet y Rubio, 2006)

Sobre el efecto diferencial de la calidad de la relación con el padre y con la madre, Liu (2008) pone a prueba tres modelos de la relación entre el apego a estas figuras parentales y los síntomas depresivos. El modelo con más apoyo empírico fue aquél en el que el apego al padre y el apego a la madre tienen efectos independientes y negativos en los síntomas depresivos del adolescente. De forma más específica, Ge y sus colaboradores (Ge, Natsuaki, Neiderhiser y Reiss, 2009) señalan que la cercanía a la madre, pero no al padre, modera el efecto de haber sufrido eventos negativos en el desarrollo de síntomas depresivos.

En un estudio longitudinal con 5 oleadas separadas por 6 meses de intervalo, Vaughan, Foshee y Ennett (2010) encontraron que la baja calidad en el apoyo materno predice los síntomas depresivos a la edad de 12 años. El análisis secuencial de las interacciones entre madres y adolescentes mostró que los adolescentes con más

síntomas depresivos tenían madres que tenían estilos de crianza menos positivos, y ante las críticas de la madre los adolescentes respondían con conducta depresiva (Pineda, Cole y Bruce, 2007).

Leung y sus colaboradores (Leung, Stewart, Wong, Ho, Fong y Lam, 2009) encontraron en una muestra de adolescentes chinos que el afecto negativo maternal y unas malas relaciones familiares correlacionaban con los síntomas depresivos del adolescente. Por otro lado, un mayor apego a la madre predice un mayor uso de estrategias activas de afrontamiento, y a su vez estas estrategias predicen menos síntomas depresivos (Gaylord-Harden, Taylor, Campbell, Kesslerling y Grant, 2009).

Por otro lado, con respecto a la relación con el padre, Reeb y Conger (2009) nos indican que los síntomas depresivos del padre se asocian con los síntomas depresivos de las adolescentes que perciben una falta de cercanía en la relación con sus padres. Sobre las relaciones percibidas entre el padre y la madre, Eshbaugh (2008) encontró que las percepciones positivas de los adolescentes de las relaciones familiares se relacionaban de forma negativa con los síntomas depresivos. Un escaso apoyo de la madre al padre predijo síntomas depresivos sólo en las chicas, mientras que un escaso apoyo del padre a la madre predijo síntomas depresivos sólo en los chicos.

Varios estudios han analizado la relación entre la estructura familiar y la presencia de sintomatología depresiva durante la adolescencia. Un estudio con adolescentes valencianos realizado por Frías, Mestre, del Barrio y García-Ros (1992) no encontró diferencias en los niveles de depresión según la composición de la unidad familiar, pero sí se encontraron diferencias debido al orden de nacimiento y al tamaño de la familia. En cambio, Patten, Gillin, Farkas, Gilpin, Berry y Pierce (1997) encontraron que los adolescentes que vivían en familias monoparentales tenían una media ligeramente superior en síntomas depresivos. Las chicas parecían especialmente en riesgo si vivían con sólo su padre y éste no presentaba una conducta adecuada de apoyo. En la misma línea, un estudio con adolescentes holandeses de 10 a 15 años ha mostrado que las chicas cuyos padres se han divorciado están en riesgo especial para el desarrollo de síntomas depresivos en la adolescencia (Oldenhinkel, Ormel, Veenstra, De Winter y Verhulst, 2008).

Por otra parte, McKeown y sus colaboradores (McKeown, Clarke, Ingleton, Ryan y Repper, 2010) han indicado que los aparentes efectos de la estructura familiar son con probabilidad confundidos con los niveles de cohesión o vínculo emocional percibidos. Así, el conflicto familiar, los bajos ingresos familiares o problemas en la relación de pareja de los padres son algunos de los factores de riesgo de la depresión (Lin et al., 2008).

1.3.5. Síntomas depresivos y vida escolar

Un deficitario rendimiento académico y la probabilidad percibida de abandono escolar en el futuro cercano han resultado ser predictores significativos de los síntomas depresivos en los adolescentes camboyanos (Yi, Poudel, Yasuoka, Palmer, Yanagisawa y Jimba, 2012). A su vez, un factor protector del abandono escolar en los adolescentes deprimidos es el rendimiento académico, según un estudio llevado a cabo en Canadá (Gagne, Marcotte y Fortin, 2011). Un mayor compromiso académico se asocia longitudinalmente con mejor rendimiento y con menos síntomas depresivos (Li y Lerner, 2011). En una muestra de adolescentes españoles también se han encontrado la asociación inversa entre rendimiento escolar y síntomas depresivos (Moyeda, Velasco y Ojeda, 2009). A su vez, Frojd y sus colaboradores (Frojd, Nissinen, Pelkonen, Marttunen, Koivisto y Kaltiala-Heino, 2008) encontraron que la depresión estaba asociada con dificultades de concentración, de relaciones sociales, de rendimiento académico, de lectura y de escritura, además de percibir la carga de deberes como muy demandante. Las variables de rendimiento académico presentaron asociaciones similares en ambos sexos. En el sentido inverso, McCarty, Mason, Kosterman, Hawkins, Lengua y McCauley (2008) han encontrado que el fracaso escolar predice depresión en las chicas, en un estudio longitudinal desde los 10 a los 21 años con adolescentes estadounidenses.

En un estudio con una amplia muestra de adolescentes de Taiwan se ha encontrado que tanto una escasa vinculación con la escuela como un pobre rendimiento académico se asocian con una mayor sintomatología depresiva (Lin et al., 2008). Más allá del impacto de las dificultades en el rendimiento académico en la propia

adolescencia, en Finlandia se ha constatado que resulta predictor de los síntomas depresivos también en la adultez (Lehtinen, Raikonen, Heinonen, Raitakari y Keltikangas-Jarvinen, 2006).

Por otro lado, el abandono escolar se asocia con la sintomatología depresiva a través de las percepciones de la competencia académica (Quiroga, Janosz, Bisset y Morin, 2013), sin excluir el posible papel de otras variables mediadoras. A su vez, en una muestra de adolescentes canadienses se ha estudiado el efecto protector de la vinculación con la escuela frente al riesgo de depresión, concluyendo que este efecto era significativo tanto en chicas como en chicos y con independencia del efecto de otros factores predictores de depresión (Langille, Rasic, Kisely, Flowerdew y Cobbett, 2012). Este mismo resultado es encontrado en una muestra de 5.022 adolescentes estadounidenses (Millings, Buck, Montgomery, Spears y Stallard, 2012).

A continuación repasaremos algunos de los resultados encontrados con respecto a la exclusión escolar y el acoso escolar. Controlando el nivel inicial de sintomatología, tanto la exclusión de los iguales como la escasez de amigos a los 11 años, así como el aislamiento desde los 11 a los 13 años, predijeron los síntomas depresivos a los 14 años. El enlace entre el aislamiento y los síntomas estaba mediado por la soledad percibida, pero no por la aceptación social percibida, sin encontrarse diferencias de género al respecto (Wivliet, Brendgen, Van Lier, Koot y Vitaro, 2010). En un estudio de Ward, Sylva y Gresham (2010) se concluyó que entre los predictores escolares de la depresión en la adolescencia se encontraba la soledad autoinformada, además de una baja competencia académica evaluada por el profesor, unas escasas habilidades sociales, la ocurrencia de eventos críticos y un autoconcepto insatisfactorio.

Sobre el efecto que presenta el acoso escolar sobre el desarrollo de síntomas depresivos, Due et al. (2005) con una muestra representativa de adolescentes europeos y norteamericanos, dentro del estudio HBSC de la OMS, hallaron que en todos los países estudiados el acoso escolar sufrido se asoció de forma fuerte y consistente con una mayor presencia de síntomas depresivos (entre otros síntomas psicológicos). Además, Due, Damsgaard, Lund y Holstein (2009) encontraron, en un estudio longitudinal con una muestra representativa de adolescentes en Dinamarca, que el acoso escolar sufrido

predecía el desarrollo de síntomas depresivos, especialmente en adolescentes que vivían en familias con un bajo nivel socioeconómico. Por otro lado, en un estudio longitudinal con adolescentes daneses varones, se ha encontrado, además, que sufrir acoso escolar en la escuela supone un factor de riesgo de sufrir síntomas depresivos en la edad adulta (Lund et al., 2009). En la misma línea, se ha encontrado, en una muestra de adolescentes chinos, que aquellos adolescentes que sufren acoso escolar están en riesgo de depresión y también en riesgo de ideación suicida (Liu, Lu, Zhou y Su, 2013). Además, el mismo riesgo es encontrado en aquellos adolescentes que ejercen el acoso, y el efecto es mayor en chicas que en chicos (Liu et al., 2013).

Kaltiala-Heino, Frojd y Marttunen (2010) con una muestra de adolescentes finlandeses en el estudio Adolescent Mental Health Cohort Study, concluyeron que, en los chicos, ser víctima de acoso escolar o ser agresor en el tiempo 1 predijeron la depresión dos años después. En las chicas, la depresión en el tiempo 1 predijo el acoso en el tiempo 2. Además, la depresión en el tiempo 1 predijo la percepción de sentirse solo o sola dos años después en ambos sexos. De esta manera, la asociación entre depresión y acoso parece ser bidireccional, aunque no forzosamente con los mismos matices en ambos géneros.

En Nueva Zelanda se estudió también el efecto del acoso a través de mensajes telefónicos (Raskauskas, 2010). Se concluyó que las víctimas de este tipo de acoso también lo eran del acoso tradicional y que experimentaban más síntomas depresivos que aquellos adolescentes que o solo experimentan el acoso tradicional o no sufrían ningún tipo de acoso. Por otro lado, se ha encontrado que la depresión media la relación entre victimización y consumo de sustancias en las chicas, mientras que en los chicos la depresión se asocia con la victimización tan sólo (Luk, Wang y Simons-Morton, 2010).

Finalmente, mostramos los resultados relativos a la presión escolar y al desgaste escolar. Quach, Epstein, Riley, Falconier y Fang (2013), estudiaron con adolescentes chinos los efectos de la presión académica en los síntomas depresivos y hallaron fuertes asociaciones, especialmente si la presión era ejercida por el padre. En dos estudios longitudinales realizados en Finlandia (Salmela-Aro, Savolainen y Holopainen, 2009) se encontró que el desgaste escolar predijo con fuerza los síntomas depresivos años

después, si bien se ha encontrado que los síntomas depresivos y el desgaste se potencian en una relación en espiral.

1.3.6. Síntomas depresivos y relación con los iguales

Las teorías interpersonales de la depresión se centran en las interacciones entre los individuos y sus contextos sociales. Siguiendo a estas teorías, los individuos deprimidos llevan a cabo conductas desadaptativas que producen respuestas negativas en los demás, generando estrés y conflictos en sus relaciones sociales. Estas dificultades en las relaciones intensifican o promueven la presencia y recurrencia de la depresión (Gotlib y Hammen, 1992; Joiner, Coyne y Blalock, 1999).

Aunque las teorías interpersonales fueron desarrolladas originariamente para explicar la depresión en la adultez, los modelos más recientes consideran el contexto evolutivo en el que se presenta la disfunción relacional y la depresión (Rudolph, 2008b). Estas perspectivas evolutivas ponen su énfasis en cómo los retos normativos a nivel interpersonal y social, y los problemas que aparezcan en la transición adolescente dan pie e interactúan con la vulnerabilidad interpersonal para incrementar el riesgo de depresión.

Tanto a nivel transversal como longitudinal se ha encontrado que las concepciones negativas sobre uno mismo (como verse como alguien fracasado y sin valor) y sobre los demás (percibidos como hostiles y no merecedores de confianza) se asocian con síntomas depresivos (Rudolph y Clark, 2001). Además, una implicación excesiva en las relaciones sociales, en forma de preocupación por la evaluación social (Rudolph y Conley, 2005) o de una alta sensibilidad a dicha evaluación (Rizzo, Daley y Gunderson, 2006), predice síntomas depresivos a lo largo del tiempo.

Resumiremos brevemente los trabajos empíricos más relevantes que abordaron cómo la calidad en la relación con los iguales se asocia con la presencia de síntomas depresivos en la adolescencia.

En un estudio longitudinal con adolescentes estadounidenses se encontró que un bajo apoyo de los iguales fue un predictor fuerte de los síntomas depresivos dos años después entre los adolescentes de más edad (Young, Berenson, Cohen y García, 2005). El apoyo de los iguales resultó ser un factor protector cuando se presentaba junto con un alto apoyo parental (Young et al., 2005).

Por otro lado, en un estudio transversal se ha evaluado a una muestra de adolescentes estadounidenses desde los 12 a los 18 años para analizar la asociación entre la soledad en la relación con los iguales y los síntomas depresivos. Los adolescentes que mostraban un sentimiento de soledad más elevado y estable durante ese período de tiempo eran los que presentaban más síntomas (Ladd y Ettekal, 2013).

En esta misma línea, algunos autores sugieren que las intervenciones con los adolescentes deben centrarse en mejorar y favorecer apegos seguros con los iguales, dada la fuerte asociación entre este apego y el desarrollo de síntomas depresivos (Millings et al., 2012). Y es que una menor satisfacción en la relación con los iguales es uno de los factores de riesgo de la depresión (Lin et al., 2008).

La violencia sufrida por parte de los iguales también se asocia con más depresión. Estos resultados son similares a los mostrados respecto al acoso escolar sufrido que, en definitiva, puede englobar diversas formas de violencia. En un estudio con adolescentes afroamericanos de tipo longitudinal con tres oleadas, se ha encontrado que además de la relación entre victimización y depresión, debe tenerse en cuenta también el papel de las amenazas sufridas (Taylor, Sullivan y Kliewer, 2013). En chicas afroamericanas la agresión física por parte de sus iguales se asocia con depresión (Gomes, Davis, Baker y Servonsky, 2009). En un trabajo con adolescentes turcos, Erdur-Baker (2009) concluye que la victimización predice los síntomas depresivos sólo en los chicos. Este mismo resultado también se constata con adolescentes en Hong Kong (Cheng, Cheung y Cheung, 2008).

En relación con el acoso a través de las nuevas tecnologías, un estudio longitudinal en Suiza ha revelado que el acoso por estas nuevas tecnologías predice incrementos en los síntomas depresivos a lo largo del tiempo (Machmutow, Perren,

Sticca y Alsaker, 2012). Cuantos más tipos de victimización sufra el/la adolescente mayor es el riesgo de sintomatología depresiva (Klomek, Marocco, Kleinman, Schonfeld y Gould, 2008).

Por otro lado, el apoyo de los progenitores y de los iguales con los que tengan una buena relación amortigua el efecto de la victimización (Machmutow et al., 2012; Desjardins y Leadbeater, 2011). En la misma línea, un estudio de Vaughan et al. (2010) ha encontrado que el apoyo de los iguales, además del apoyo materno, supone un factor protector en el desarrollo de síntomas depresivos en el caso de las chicas de etnia blanca.

En un estudio longitudinal con adolescentes estadounidenses de 8 a 14 años se ha concluido que la relación entre victimización y depresión puede ser bidireccional. Los resultados han mostrado que los síntomas depresivos predicen victimización física y relacional por parte de los iguales, y que esta predicción es más fuerte en el caso de los chicos (Tran, Cole y Weiss, 2012).

Por otro lado, otros autores han encontrado que se produce un cierto contagio de los síntomas depresivos entre los iguales, de forma que la presencia de estos síntomas en los amigos sitúa al adolescente en riesgo por medio de la anticipación de fracasos (van Zalk, Kerr, Branje, Stattin y Meeus, 2010). Prinstein (2007) además sugiere que los altos niveles de ansiedad social en las chicas, por un lado, y los bajos niveles de cualidades positivas de las relaciones de amistad y una alta popularidad percibida de los iguales en los chicos, por otro lado, parecen favorecer este contagio.

Con respecto a las relaciones de pareja, un estudio longitudinal en EE. UU. ha encontrado que entre las chicas, tener parejas de mayor edad se asocia con un incremento en los síntomas depresivos, por medio de un incremento en el consumo de sustancias (Haydon y Halpern, 2010). La Greca y Harrison (2005) encontraron que sufrir acoso y cualidades negativas de las relaciones de amistad y de las relaciones de pareja predijeron síntomas depresivos en una muestra de adolescentes estadounidenses con diversas etnias. Daley y Hammen (2002) mostraron que la asociación entre

problemas en las relaciones y síntomas depresivos era más fuerte en el caso de las relaciones de pareja que en el caso de las relaciones de amistad.

Finalmente, algunos autores han prestado atención a las situaciones en las que un fuerte vínculo con los iguales puede no ser positiva. En un par de estudios longitudinales se ha encontrado que un mayor número de relaciones desviadas con los iguales produce un incremento en conductas externalizantes y sucesivamente un incremento en los síntomas depresivos (Fergusson, Wanner, Vitaro, Horwood y Swain-Campbell, 2003).

1.3.7. Síntomas depresivos y actividad físico-deportiva

Una reciente revisión realizada por Johnson y Taliaferro (2011) concluye que existen asociaciones inversas entre la actividad física, en especial la participación deportiva, y los síntomas depresivos. En una muestra de adolescentes nigerianos se ha encontrado que una mayor severidad en los síntomas se asocia con niveles más bajos de actividad física, mientras que niveles moderados de actividad reduce el riesgo de síntomas depresivos (Adeniyi, Okafor y Adeniyi, 2011). A su vez, Babiss y Gangwish (2009) también encuentran que la participación deportiva resulta un factor protector contra la depresión y la ideación suicida, pero que es una relación mediada por la autoestima y el apoyo social.

En las chicas, se ha encontrado que la actividad física reduce el riesgo de futuros incrementos en síntomas depresivos y de aparición de un TDM, por un lado, y que la presencia de síntomas depresivos reduce de forma significativa la actividad física futura, por otro lado (Jerstad, Boutelle, Ness y Stice, 2010). En chicas españolas se ha encontrado que aquellas que realizan actividad física con frecuencia presentan niveles más bajos de depresión y ansiedad, especialmente aquellas que disfrutan de ese ejercicio (Campillo, Zafra y Redondo, 2008). La asociación entre actividad física y participación deportiva y los síntomas depresivos en las chicas adolescentes parece estar mediada parcialmente por un autoconcepto físico positivo y una buena autoestima (Disham et al., 2006). Siguiendo a Morgan (2004), la participación deportiva en las chicas parece estar asociada a ciertos beneficios físicos y emocionales.

En el sentido contrario, Stavrakakis, Roest, Verhulst, Ormel, de Jonge y Oldenhinkel (2013) hallaron que las características de la actividad física (naturaleza, frecuencia, duración e intensidad) no predicen la aparición de depresión ni en chicos ni en chicas. Además, Wiles, Haase, Lawlor, Ness y Lewis (2012) han encontrado que la cantidad de actividad física moderada o intensa no está asociada con los síntomas depresivos en la adolescencia.

1.3.8. Síntomas depresivos y consumo de sustancias

En el National Survey on Child and Adolescent Well-being de EE.UU. (Orton, Riggs y Libby, 2009) se halló que los chicos con comorbilidad de depresión y abuso de sustancias presentaban síntomas más severos que aquellos que presentaban sólo depresión. En una muestra de adolescentes españoles, Espada, Sussman, Medina y Alfonso (2011) han encontrado que los síntomas depresivos son superiores en aquellos que consumen tabaco, alcohol o cannabis. Además, los adolescentes con síntomas severos han presentado un mayor consumo de tabaco, alcohol y otras drogas ilegales que aquellos que no estaban deprimidos, en una muestra de adolescentes taiwaneses (Wang, Lin, Yeh, Liu y Yen, 2012).

Marmorstein, Iacono y Malone (2010) indican que el consumo de alcohol y drogas ilegales entre los 17 y los 20 años predice el riesgo de depresión entre los 20 y 24 años. En Argentina, Serfaty, Andrade y Masautis (2008) hallaron que la depresión en sus distintos niveles (leve, moderada y severa), se asocia con el consumo de tabaco, alcohol, marihuana y cocaína. Poulin, Hand, Boudreau y Santor (2005) en adolescentes canadienses mostraron que el abuso de alcohol y de tabaco fueron predictores independientes de los síntomas depresivos en las chicas, pero no en los chicos. El consumo de cannabis fue un predictor de síntomas depresivos tanto en chicos como en chicas.

En cuanto al consumo de alcohol en la adolescencia, McCarty et al. (2012) señalan que los síntomas depresivos predicen el consumo de alcohol un año después, en un estudio longitudinal de 4 años de duración. En el Reino Unido se ha encontrado que

un abuso problemático de alcohol en las chicas, y no en los chicos, está asociado con síntomas depresivos previos (Saraceno, Heron, Marcus, Craddock y van den Bree, 2012). Tanto la frecuencia en el consumo de alcohol, como la cantidad o la frecuencia de embriaguez, se asocian con trastorno depresivo mayor (Mason et al., 2008). Marmorstein (2010) con una muestra de 20.728 adolescentes estadounidenses en el National Longitudinal Study of Adolescent Health de diseño longitudinal, con seguimiento durante 6 años, halló que las relaciones positivas y recíprocas entre problemas de alcohol y síntomas depresivos pueden estar moderadas por la presencia de conductas delictivas. Esta misma autora muestra que problemas con el alcohol se asocian con altos niveles de síntomas depresivos especialmente en las chicas (Marmorstein, 2009).

Bossarte y Swahn (2011) en el estudio National Study of Drug Use and Health con adolescentes estadounidenses encontraron que la edad de inicio en el consumo de alcohol se asocia a intentos de suicidio en aquellos que presentaban depresión. Por otra parte, algunos autores han señalado que la edad de la primera embriaguez es un importante factor de riesgo en el desarrollo adolescente (Kuntsche, Rossow, Simons-Morton, Bogt, Kokkevi y Godeau, 2013)

En un estudio longitudinal en EE.UU., el consumo de marihuana predice los síntomas depresivos un año después, pero sólo en el caso de los chicos (Schuster, Mermelstein y Wakschlag, 2013). En un estudio transversal en Canadá se ha encontrado que el consumo de cannabis se asocia tanto con la depresión como con la ideación o el intento suicida (Rasic, Weerasinghe, Asbridge y Langille, 2013). Con adolescentes noruegos, Pedersen (2008), dentro del Young in Norway Longitudinal Study, nos indica que el consumo de cannabis se asocia con pensamientos e intentos suicidas. En Australia, un estudio concluye que un abuso más frecuente de cannabis se asocia con incrementos modestos en los síntomas depresivos en la adolescencia, pero que esta asociación es menor después de la adolescencia (Horwood et al., 2012). En una comunidad de indios estadounidenses, también se ha encontrado que la asociación de consumo de cannabis y depresión es más significativa en los chicos (Gilder y Ehlers, 2012). Por otro lado, se ha resaltado que las consecuencias psicosociales del consumo

de cannabis median en la asociación entre consumo de cannabis y síntomas depresivos (Marmorstein y Iacono, 2011).

Repasaremos algunos resultados relativos al consumo de tabaco. En las chicas se ha encontrado en un estudio longitudinal que niveles más altos de consumo de tabaco se asocian con un incremento en síntomas depresivos a lo largo de la adolescencia (Beal, Negriff, Dorn, Pabst y Schulenberg, 2013). En otro estudio, se ha encontrado que el sentimiento de autoeficacia media parcialmente la asociación entre los síntomas depresivos y el consumo de tabaco 18 meses después (Minnix, Blalock, Marani, Prokhorov y Cinciripini, 2011). En víctimas de acoso escolar se ha encontrado que el riesgo de inicio del consumo de tabaco es mayor en aquellos estudiantes que presentan más síntomas depresivos (Weiss, Mouttapa, Cen, Johnson y Unger, 2011). Moon, Mo y Basham (2010) encontraron que aquellos adolescentes con más síntomas depresivos en el comienzo del estudio se hicieron fumadores habituales al final del estudio.

En un estudio longitudinal de diez años de duración realizado en Australia (McKenzie, Olsson, Jorm, Romaniuk y Patton, 2010) hallaron que los fumadores adolescentes con síntomas de depresión y ansiedad tenían más riesgo de tener dependencia de la nicotina en la adultez temprana. Park (2009) con adolescentes surcoreanos concluye que la depresión es un predictor del consumo de tabaco, pero el consumo de tabaco no predice síntomas de depresión. Rodriguez, Moss y Audrain-McGovern (2005) encontraron que la relación entre estas variables puede presentar diversas trayectorias evolutivas, sugiriendo cierta heterogeneidad etiológica, de modo que los síntomas depresivos pueden predecir un mayor consumo de tabaco en algunos adolescentes, mientras que en otros un mayor consumo de tabaco puede predecir una mayor sintomatología depresiva. Por otro lado, Brook, Schuster y Zhang (2004) encuentran que un consumo de tabaco temprano en la adolescencia predice los síntomas depresivos a los 20 años. Además, encuentran que los síntomas predicen el consumo de tabaco, pero con un valor predictivo inferior al consumo de tabaco previo. Tras realizar un análisis de regresión logística, Larsen, Otten y Engels (2009) hallaron que la asociación entre consumo de tabaco y depresión desaparecía cuando se controlaban las preocupaciones por el peso y la dieta, pero sólo en las chicas.

Finalmente, tenemos que señalar que muchos autores insisten incluso en la necesidad de averiguar los factores de riesgo comunes a la depresión y al consumo de sustancias, para así diseñar programas de prevención e intervención más efectivos (Gilder y Ehlers, 2012; Green, Zebrak, Fothergill, Robertson y Ensminger, 2012). De hecho, los adolescentes que presentan abuso de sustancias y depresión conjuntamente presentan un alto riesgo de intento de suicidio (Effinger y Stewart, 2012). Entre los factores protectores de ambos problemas de salud se han encontrado la buena relación entre el joven y sus padres y la participación en actividades extraescolares (Guibord, Bell, Romano y Rouillard, 2011).

1.3.9. Síntomas depresivos y hábitos de sueño

Los síntomas depresivos muestran una gran asociación con los problemas de sueño entre los adolescentes (Alfano, Zakem, Costa, Taylor y Weems, 2009). Los problemas de sueño predicen síntomas depresivos un año después, especialmente en las chicas (Danielsson, Harvey, MacDonald, Jansson-Frojmark y Linton, 2013).

Clarke y Harvey (2012) consideran que el insomnio no es sólo un síntoma de la depresión o una consecuencia, sino que contribuye a la aparición de la depresión, a su mantenimiento o a su complicación. El National Longitudinal Study of Adolescent Health (Mueller, Bridges y Goddard, 2011) nos muestra que las percepciones positivas de los padres y de las relaciones familiares parecen ayudar a los adolescentes a evitar la depresión cuando están experimentando problemas de sueño.

Armitage y Arnedt (2011) nos señalan que las anormalidades en los ritmos circadianos suponen un factor de riesgo de la depresión. Las anormalidades en el sueño REM aparecen antes de la aparición de depresión en adolescentes en riesgo, lo que sugiere que este indicador puede ser un marcador de psicopatología (Rao, Hammen y Poland, 2009). A los adolescentes deprimidos les cuesta más quedarse dormidos y muestran un mayor porcentaje de sueño REM (Emslie, Rush, Weinberg, Ritelmann y Roffwarg, 1994). Ivanenko, McLaughlin y Gozal (2005) nos ofrecen una revisión de los estudios sobre sueño y depresión en la infancia y adolescencia.

Los buenos hábitos de sueño entre semana parecen ser un factor protector frente al consumo de sustancias, la depresión y el absentismo escolar (Pash, Laska, Lytle y Moe, 2010). Dormir poco entre semana se asocia con síntomas depresivos, abuso de alcohol en el último mes y embriaguez. Irse a la cama tarde y levantarse tarde en el fin de semana se asocian con un mayor consumo de sustancias y con absentismo escolar.

1.3.10. Síntomas depresivos y autoestima

Orth, Robins, Widaman y Conger (2013) examinan la relación entre autoestima y depresión en un estudio longitudinal en una muestra de adolescentes de origen mexicano que residían en EE.UU.. Los resultados señalan que la autoestima baja supone un factor de riesgo de la depresión, especialmente las evaluaciones generales de autovalor más que aquéllas de dominios específicos. Lin y sus colaboradores (2008), a su vez, en una muestra de 9.586 adolescentes taiwaneses han encontrado que, entre variables académicas, familiares y de relación con los iguales, presentar una autoestima baja es un factor de riesgo asociado a la depresión. Por su parte, Rawana y Morgan (2013), dentro del Canadian-based National Longitudinal Survey of Children and Youth, con una muestra de 4.359 adolescentes, encontraron que aquellas chicas adolescentes que presentaban una baja autoestima estaban en un riesgo mayor de presentar síntomas depresivos en la transición desde la adolescencia a la adultez temprana (en comparación con los chicos).

Un resultado de enorme interés es que las diferencias de género en la depresión durante la adolescencia son explicadas por los niveles de autoestima, además de la imagen corporal y eventos vitales negativos (Marcotte, Fortin, Potvin y Papillon, 2002). Así, la autoestima mediaría la relación entre el género y la depresión, de manera que una menor autoestima en las chicas estaría en la base de una mayor presencia de la depresión en las mismas.

Por otro lado, una alta autoestima supone un factor protector en el desarrollo de la depresión ante eventos vitales negativos (Dumont y Provost, 1999). En la misma línea, Zhou, Jiao, Liu, Chen y Fu (2011) señalan que la autoestima media parcialmente la relación entre los eventos vitales estresantes y la generación de síntomas depresivos,

en una muestra de adolescentes chinos. No parece mantenerse esta mediación en el estudio de Orth, Robins y Meier (2009), que indica que la autoestima baja y los eventos estresantes operan como dos factores de riesgo de la depresión por separado.

Además, Lee y Hankin (2009) muestran que el apego ansioso se asocia con síntomas depresivos por medio de la presencia de actitudes disfuncionales y de una baja autoestima. Por otra parte, el efecto de la autoestima sobre la depresión parece estar mediado parcialmente por la rumiación, en una muestra de adolescentes chinos (Wu, Sun y Liang, 2009). A su vez, la autoestima resulta moderar la relación entre intentar perder peso y los síntomas depresivos (Rawana, 2013). Çivitci (2010) encuentra que la autoestima modera la relación entre la depresión y una baja satisfacción con la familia. También parece mediar la asociación entre la escasa práctica deportiva y la depresión (Babiss y Gangwish, 2009).

1.3.11. Síntomas depresivos y satisfacción corporal

Almeida, Severo, Araújo, Lopes y Ramos (2012) han realizado un estudio con adolescentes portugueses de 13 años de edad. Entre las chicas, el 15,8% desearía tener una mejor figura y el 41,4% desearía estar más delgada; entre los chicos, el 34,1% y el 33,5% respectivamente. Los autores han encontrado que la insatisfacción corporal se asocia con un mayor nivel de síntomas depresivos, en ambos sexos, siendo esta asociación más fuerte entre el alumnado que no presentaba sobrepeso. Xie y sus colaboradores (Xie, Unger, Gallaher, Johnson, Wu y Chou, 2010), en un trabajo con adolescentes asiáticos y latinos, concluyen que el sobrepeso predice de forma significativa la insatisfacción con la imagen corporal, y que ésta se asocia con más síntomas depresivos. En una muestra de adolescentes indios también se ha encontrado una fuerte asociación entre imagen corporal y depresión (Kaur, Singh y Javed, 2003), en el mismo sentido. Bluth (2007) sostiene que una mayor satisfacción corporal se asocia con menos síntomas, tanto en adolescentes como en chicos y chicas preadolescentes en EE. UU.. También en EE.UU., Brausch y Gutierrez (2009), tras realizar un estudio de dos años de duración, sostienen un modelo en el que la imagen corporal explica los síntomas depresivos, mientras que éstos explican la ideación suicida.

Complementariamente, hay estudios que encuentran diferencias de género en la relación entre satisfacción corporal y la presencia de síntomas depresivos. En Canadá, Chaiton y sus colaboradores (Chaiton, Sabiston, O'Loughlin, McGrath, Maximova y Lambert, 2009) han desarrollado un modelo de ecuaciones estructurales que muestra que, en las chicas, la grasa corporal explica hasta un 62% de los síntomas depresivos a través de su asociación con la presión para estar delgada y la insatisfacción corporal. Entre los chicos sólo la insatisfacción corporal explica los síntomas depresivos. Por otro lado, un estudio longitudinal de 4 años de duración en escolares estadounidenses nos señala que los problemas de imagen corporal que emergen en dicho país tras la pubertad contribuyen a un incremento en los índices de depresión en las chicas adolescentes (Stice, Hayward, Cameron, Killen y Taylor, 2000). Otro estudio longitudinal con chicas adolescentes concluye que la imagen corporal insatisfactoria al comienzo del estudio era un predictor más fuerte del mantenimiento de la depresión que de la aparición de la depresión (Rierdan, Koff y Stubbs, 1989). La excelente revisión de Franko y Striegel-Moore (2002) sobre la insatisfacción corporal como factor de riesgo en las chicas adolescentes ofrece información complementaria.

1.3.12. Síntomas depresivos y rumiación depresiva

Las teorías cognitivas de la depresión se centran fundamentalmente en la relación entre la actividad mental humana y la experiencia de síntomas y episodios depresivos (Ingram, Miranda y Segal, 1998; Vázquez, Hervás, Hernangómez y Romero, 2010). Con el término cognición hacemos referencia a los procesos mentales de percibir, reconocer, concebir, juzgar y razonar, entre otros. Según las teorías cognitivas, estas variables tienen importantes implicaciones a nivel causal en la aparición, mantenimiento y remisión de la depresión (Abela y Hankin, 2008a,b).

Las teorías cognitivas de la depresión definen la vulnerabilidad como una característica interna y estable del individuo que le predispone a desarrollar depresión tras la ocurrencia de eventos negativos (Ingram et al., 1998). Es importante enfatizar que los modelos cognitivos son fundamentalmente modelos de diátesis- estrés, en los que la depresión se produce por la interacción entre la vulnerabilidad cognitiva del

individuo y ciertas condiciones ambientales que sirven como desencadenantes de esa predisposición a desarrollar el trastorno (Abela y Hankin, 2008a).

Aunque existen multitud de factores de vulnerabilidad estudiados por las teorías cognitivas, nos vamos a centrar en la teoría de los estilos de respuesta (Nolen-Hoeksema, 1991), una teoría que cuenta con amplio apoyo empírico. La teoría de los estilos de respuesta postula que el modo en que las personas respondemos a los síntomas de depresión determina tanto la severidad como la duración de los síntomas (Hervás y Vázquez, 2011; Nolen-Hoeksema, 1991). Se plantean dos posibles respuestas, la rumiación y la distracción. Nolen-Hoeksema argumenta que los individuos que llevan a cabo respuestas rumiativas tienen mayor probabilidad de incrementar la severidad y duración de los síntomas, mientras que aquellos que se distraen experimentan alivio en su sintomatología. La teoría de los estilos de respuesta fue originariamente concebida para explicar que los índices de prevalencia de la depresión eran superiores en mujeres que en hombres. Nolen-Hoeksema propone que esta diferencia puede ser debida, al menos en parte, a los estilos de respuesta diferentes que emplean mujeres y hombres. Así, esta teoría plantea una mayor probabilidad de rumiar en respuesta a un estado de ánimo depresivo en mujeres, y una mayor probabilidad de distraerse en hombres.

Siguiendo a Treynor, Gonzalez y Nolen-Hoeksema (2003), la rumiación es un estilo de afrontamiento del afecto negativo e implica una atención autofocalizada (Lyubomirsky y Nolen-Hoeksema, 1993). La rumiación se caracteriza por la autorreflexión (Morrow y Nolen-Hoeksema, 1990), además de una focalización repetitiva y pasiva en las emociones negativas y en las causas y consecuencias de estas emociones (Nolen-Hoeksema, 1991, 2000). La rumiación exacerba y prolonga la depresión a través de varios mecanismos: activando pensamientos y recuerdos negativos, interfiriendo con una adecuada solución de problemas, haciendo que el pensamiento sea más pesimista y fatalista, y dificultando la conducta instrumental, con lo que se incrementa el estrés (Nolen-Hoeksema, 1991).

En oposición a este estilo de respuesta, se propone la distracción, como una alternativa adaptativa e instrumental en la que se emplean distracciones placenteras o

neutrales para elevar el propio estado de ánimo y aliviar los síntomas depresivos (Nolen-Hoeksema, Wisco y Lyubomirsky, 2008). Las respuestas de distracción son pensamientos o conductas que ayudan a llevar la atención fuera del estado de ánimo depresivo y sus consecuencias, y la trasladan hacia pensamientos y actividades placenteras y positivas que resulten absorbentes y capaces de proporcionar reforzamiento positivo. Se ha encontrado que este estilo de respuesta alivia el estado de ánimo depresivo, en una revisión de estudios de corte experimental (Nolen-Hoeksema et al., 2008).

Por otra parte, volviendo a las respuestas de rumiación depresiva, tenemos que indicar que dentro de este constructo se han separado dos componentes (Treyner et al., 2003). El primero de ellos fue denominado *brooding* e incluye los aspectos negativos de la autorreflexión, como las preguntas sobre las causas de la tristeza y la focalización en los obstáculos para superar los problemas. Este factor se asocia de forma positiva con los síntomas depresivos, tanto en un estudio transversal como en un seguimiento tras un año (Siegle, Moore y Thase, 2004; Treyner et al., 2003). El segundo componente es denominado reflexión y suponen una tendencia más general a la autorreflexión orientada a la solución de problemas. Se ha encontrado correlacionada positivamente con la depresión en estudios transversales, pero negativamente en estudios longitudinales (Treyner et al., 2003).

Abela y Hankin (2011) han llevado a cabo un estudio longitudinal con adolescentes estadounidenses en el que hallan que los altos niveles de rumiación estaban asociados con una mayor probabilidad de haber tenido una historia de trastornos depresivos, con una mayor probabilidad de experimentar la aparición de un trastorno depresivo, y con una mayor duración de los futuros episodios.

De acuerdo con la perspectiva de vulnerabilidad-estrés, la rumiación modera la asociación entre la ocurrencia de eventos negativos y el desarrollo de síntomas depresivos y episodios depresivos. En cambio, otros autores, que estudiaron a adolescentes chinos, han encontrado que el componente de *brooding* y los eventos vitales pueden predecir los síntomas, pero esta rumiación no modera la asociación entre los eventos y los síntomas (Yang, Zhang y Yao, 2010). Hankin (2008) muestra que la

rumiación predice los cambios en los síntomas depresivos, y que interactúa con los cambios en la ansiedad y en los problemas externalizantes para predecir altos niveles de síntomas depresivos futuros.

La interacción entre el procesamiento de información negativa y la rumiación depresiva de tipo brooding predice un incremento en los síntomas depresivos 6 meses después (Black y Possel, 2013). Jose y Weir (2013) han encontrado una relación recíproca entre la rumiación depresiva de tipo brooding y los síntomas depresivos, por un lado, y los síntomas de ansiedad, por otro, tanto en chicas como en chicos. De hecho, la asociación entre síntomas de ansiedad y de depresión se encuentra notablemente mediada por los niveles de rumiación (McLaughlin y Nolen-Hoeksema, 2011). También Koval, Kuppens, Allen y Sheeber (2012) mostraron que la rumiación de tipo brooding predice la severidad de la depresión.

Por otra parte, la rumiación se ha mostrado también como una variable mediadora o moderadora en la relación que otras características mantienen con los síntomas depresivos. Así, la relación entre la calidad en la comunicación con los iguales y los síntomas depresivos se encuentra notablemente mediada por la rumiación depresiva (Ruijten, Roelofs y Rood, 2011). Por otro lado, el efecto de la baja autoestima sobre la depresión se encuentra mediado por la rumiación (Wu, Sun y Liang, 2009). Asimismo, la relación entre neuroticismo y síntomas de ansiedad y de depresión se encuentran mediados parcialmente por la rumiación (Muris, Fokke y Kwik, 2009). La rumiación también parece mediar entre el locus de control interno y la depresión (Zou y Gan, 2007). Además, se ha encontrado que la rumiación media en la relación entre los bajos niveles de conducta materna positiva y los síntomas depresivos en las chicas. Así, las conductas maternas positivas son un factor protector frente al desarrollo de rumiación, y sucesivamente del desarrollo de síntomas depresivos (Gaté et al., 2013).

Seguidamente, repasamos algunos estudios sobre las diferencias de género en la rumiación depresiva. En una muestra de adolescentes españoles se ha encontrado que las diferencias de género en el componente de reflexión de la rumiación depresiva explican las puntuaciones más elevadas de depresión en las chicas adolescentes (Paredes y Zumalde, 2011). En una revisión realizada por Rood, Roelofs, Bogels,

Nolen-Hoeksema y Schouten (2009) se presenta la evidencia hallada para las diferencias de género en la rumiación depresiva y en la depresión. Los resultados de este meta-análisis indican tamaños del efecto estables y significativos en la asociación entre rumiación y niveles de depresión estables o futuros. Además, los tamaños del efecto también son estables y significativos en relación a las diferencias de género en la rumiación en los adolescentes. De esta manera, los autores concluyen que la rumiación es un factor de vulnerabilidad cognitiva a la depresión entre los adolescentes y, en particular, entre las chicas.

En consonancia con lo anterior, en una muestra de adolescentes chilenos, se ha encontrado que la rumiación parece ser un factor mediador de los altos niveles en sintomatología depresiva y ansiosa en las chicas (Solar, Paulina y Roberto, 2007). Por su parte, Lopez, Driscoll y Kistner (2009) también encuentran que las chicas presentan mayores niveles de *brooding*, y que este tipo de rumiación se asocia con síntomas depresivos, pero no el componente de reflexión. En la misma línea, Burwell y Shirk (2007) encuentran que el *brooding*, pero no la reflexión, predicen el desarrollo de los síntomas depresivos a lo largo del estudio longitudinal, especialmente en las chicas.

1.3.13. Síntomas depresivos y rumiación positiva

La respuesta rumiativa a los estados de ánimo tristes se ha relacionado con la aparición y el mantenimiento de los síntomas depresivos; sin embargo, las respuestas a los estados de ánimo positivos han recibido menos atención, a pesar de los papeles que teóricamente presentan tanto el afecto negativo como el afecto positivo en los trastornos del estado de ánimo (Feldman et al., 2008). Ya Clark y Watson (1991) concluyeron que la depresión implicaba tanto un incremento en el afecto negativo como un descenso en el afecto positivo. Los procesos implicados en la regulación al alza de las emociones positivas pueden ser especialmente importantes para comprender los trastornos del estado de ánimo al menos por cinco razones:

-Una estrategia para regular una emoción negativa puede ser sustituida por una estrategia para regular una emoción positiva, ya que las emociones positivas pueden amortiguar los efectos de las emociones negativas (Tugade y Fredrickson, 2004).

-Las emociones positivas pueden dar lugar a un pensamiento más creativo (Fredrickson, 1998), lo cual permitiría una selección más flexible y efectiva de estrategias para regular los estados de ánimo o para responder a situaciones estresantes.

-La anhedonia, o una disminución del interés y el placer, es una característica central de la depresión, por lo que comprender cómo se regulan las emociones positivas se hace más que justificado (Clark, Watson y Mineka, 1994).

-Las dificultades en la regulación de emociones positivas y negativas pueden definir subtipos diferentes de depresión. Por ejemplo, Davidson, Pizzagalli, Nitschke y Putnam (2002) postularon que existen dos tipos de depresión según las dificultades en la regulación emocional. El primer tipo estaría caracterizado por un fracaso a la hora de anticipar resultados positivos y de generar una conducta encaminada a la recompensa. Este subtipo de depresión estaría asociado con la incapacidad para regular al alza las emociones positivas. El segundo subtipo descrito por estos autores estaría presente en las personas que presentan dificultades a la hora de suprimir el afecto negativo.

-Finalmente, el trastorno bipolar podría estar caracterizado por la incapacidad para disminuir los afectos negativos o limitar el efecto que tienen éstos en la conducta y la toma de decisiones (Leibenluft, Charney y Pine, 2003).

A la luz de la investigación desarrollada en este campo, parece probable que tanto la regulación de las emociones positivas como la regulación de las emociones negativas jueguen un importante papel en la etiología de la depresión en la adolescencia.

Varios estudios han apoyado la idea de que la depresión está relacionada con una menor atención y respuesta ante estímulos positivos (Henriques y Davidson, 2000; Rottenberg, Kash, Gross y Gotlib, 2002; Sloan, Bradley, Dimoulas y Lang, 2002), y que esta baja respuesta predice una peor recuperación (Rottenberg et al., 2002). En estudios realizados con estudiantes se ha encontrado que los que manifestaron más síntomas depresivos presentaban mayor supresión de emociones positivas y menos saboreo de las experiencias positivas (Bryant, 2003; Miner y Dejun, 2001). Bijttebier,

Raes, Vasey y Feldman (2012) han mostrado que bajos niveles de rumiación positiva y altos niveles de inhibición de emociones positivas se asociaban transversalmente con más síntomas depresivos. Además, los bajos niveles de rumiación positiva predijeron los incrementos en síntomas depresivos 3 meses después. En otro estudio, Raes, Smets, Nelis y Schoofs (2012) muestran que la inhibición de emociones positivas predice un incremento en los síntomas depresivos en el seguimiento de los sujetos a lo largo del estudio longitudinal.

Finalmente, Hurley y Kwon (2012) han desarrollado una intervención orientada a potenciar el saboreo del momento presente, en la que se centraban en eventos positivos para incrementar, intensificar o prolongar las emociones positivas en el momento presente. El grupo que participó en la intervención presentó un descenso en los síntomas depresivos, en comparación con el grupo de control.

1.3.14. Síntomas depresivos e Inteligencia emocional

Fernández-Berrocal, Alcaide, Extremera y Pizarro (2006) con una muestra de adolescentes españoles, hallaron que la inteligencia emocional autoinformada estaba negativamente relacionada con los niveles de depresión. En concreto, la habilidad para discriminar claramente entre sentimientos, o claridad emocional, y la habilidad para autorregular los estados emocionales, o reparación emocional, se asociaban con un mejor ajuste psicológico. Así, estos autores sostienen que las escasas habilidades emocionales son un factor que contribuye a los síntomas depresivos.

Salguero et al. (2011), en un estudio longitudinal con adolescentes españoles, concluyen que: 1) las altas puntuaciones en atención emocional y las bajas puntuaciones en claridad y reparación emocional se asocian con mayores niveles de depresión; y 2) la alta atención emocional y la baja reparación emocional predicen de forma significativa los niveles más altos de síntomas depresivos, incluso después de controlar los síntomas previos. En otro trabajo de este mismo grupo de investigación se ha encontrado que el género modera la relación entre inteligencia emocional y depresión, de manera que los bajos niveles de inteligencia emocional se relacionan con una mayor severidad en los

síntomas depresivos en los chicos, pero no en las chicas (Salguero, Extremera y Fernández-Berrocal, 2012).

A este respecto, resulta recomendable la revisión de Vázquez, Pomar, Sánchez, Díaz y López (2007) de las pruebas empíricas encontradas de la asociación entre inteligencia emocional y depresión, así como las realizadas por Hervás (2011), sobre el papel de los déficit emocionales en los trastornos clínicos, y por Hervás y Vázquez (2006) sobre las implicaciones de la regulación afectiva en la salud mental y física.

1.3.15. Síntomas depresivos y cambios puberales

Negriff y Susman (2013) realizan una revisión de la asociación entre el calendario puberal y la depresión. Las primeras investigaciones apoyaban la idea de que una pubertad temprana se asociaba con resultados negativos en las chicas y positivos en los chicos (Cesario y Hughes, 2007; Stattin y Magnusson, 1990). Sin embargo, alguna investigación reciente contradice estos hallazgos. Algunos estudios han mostrado que sólo las chicas que maduran pronto presentan altos niveles de depresión (Hayward et al., 1997; Rierdan y Koff, 1991), otros indican que una pubertad temprana pone en riesgo de depresión tanto a los chicos como a las chicas (Ge, Brody, Conger y Simons, 2006; Kaltiala-Heino, Kosunen y Rimpela, 2003), y finalmente hay otros estudios que no encuentran asociación alguna (Angold, Costello y Worthman, 1998; Canals, Mart-Hennenberg, Fernandez-Ballart y Domenech, 1995).

Algunos estudios han analizado posibles variables mediadoras que pudieran explicar los resultados diferentes. En una muestra de adolescentes canadienses, Benoit, Lacourse y Claes (2013) encontraron que una pubertad temprana se asocia con depresión posterior sólo en adolescentes que perciben un mayor rechazo por parte de los padres. Además, Teunissen et al. (2011) encuentran que un desarrollo puberal temprano se asociaba con un incremento en los síntomas depresivos sólo cuando se acompañaba con bajos niveles de popularidad entre los iguales, tanto en chicas como en chicos.

En las chicas, la edad de la menarquía es una medida común del desarrollo puberal (Negriff y Susman, 2013). Un estudio de Stice y sus colaboradores (Stice,

Presnell y Bearman, 2001) examinó la relación entre una menarquía a temprana edad y depresión en una muestra de adolescentes de 11 a 16 años. Los resultados mostraron que la menarquía temprana (antes de los 11,6 años) estaba asociada con más síntomas depresivos y un mayor riesgo de diagnóstico de depresión. Además, esta asociación se encontraba parcialmente mediada por la masa corporal, la insatisfacción corporal y la dieta. En otro estudio, Ge y sus colaboradores (2006) encontraron que las chicas con una menarquía temprana (antes de los 12,5 años) mostraban más síntomas depresivos que aquellas con una menarquía más tardía.

En un estudio con adolescentes británicas, se ha encontrado que las chicas con una menarquía temprana (antes de los 11,5 años) presentaban los mayores niveles de síntomas depresivos a los 13 años y a los 14 años (Joinson, Heron, Lewis, Croudace y Araya, 2011). En adolescentes australianas, se han encontrado resultados similares (Patton et al., 1996). Por otra parte, el National Longitudinal Study of Adolescent Health (Foster, Hagan y Brooks-Gunn, 2008) halló que la menarquía temprana no se asociaba con un mayor riesgo de síntomas depresivos, tras controlar el efecto de las experiencias de maltrato.

En un informe de 1.073 chicos y chicas estadounidenses de 9 a 13 años, los niveles de depresión eran superiores en chicas en la pubertad media, mientras que los niveles de depresión en los chicos no estaban asociados con ninguna etapa puberal (Angold et al., 1998). El mayor estudio sobre cambios hormonales y síntomas depresivos hasta la fecha es el trabajo de Angold y Worthman (1993). Los análisis de datos hormonales de 339 chicas mostraron que los niveles de testosterona y estrógeno (las principales hormonas sexuales) explicaban mejor los incrementos en síntomas depresivos que la etapa puberal o la edad. Otros estudios no han encontrado relación entre la etapa puberal, o los niveles hormonales, y el estado de ánimo en chicos y chicas (Buchanan, Eccles y Becker, 1992). Por ejemplo, en un estudio con 103 chicas, de 10 a 14 años de edad, Brooks-Gunn y Warren (1989) no encontraron relación entre los niveles de síntomas depresivos y los niveles de ninguna de las hormonas reproductivas.

Puede no ser útil examinar simplemente correlaciones entre los niveles hormonales y los síntomas depresivos de los adolescentes. Los niveles de estrógenos

varían de forma acusada durante las diferentes fases del ciclo menstrual (son bajos durante la menstruación y empiezan a incrementarse hasta la fase folicular; después los niveles disminuyen en la fase lútea). Dado que las adolescentes usualmente no presentan ciclos regulares (Committee on Adolescent Health Care, 2006), y porque pueden no ser informantes precisas de cuándo tuvieron la menstruación por última vez, los datos de los niveles de estrógenos simplemente reflejan el ciclo menstrual en el que la chica se encuentra. Y en lugar de examinar correlaciones, Hilt y Nolen-Hoeksema (2008) sugieren que los niveles de estrógenos deberían estudiarse respecto al funcionamiento de los sistemas de neurotransmisión y el eje hipotálamo-pituitario-adrenal (HPA). Los cambios en estos sistemas son los que finalmente resultan determinantes en los síntomas depresivos de las chicas adolescentes.

Por otro lado, algunos teóricos han argumentado que los cambios hormonales reproductivos normales de la pubertad sólo pueden desencadenar depresión en las chicas que ya presentan una vulnerabilidad genética o biológica (Steiner, Dunn y Born, 2003; Young y Korszun, 1999). Y es que, además del momento de maduración, puede haber diferencias individuales en los efectos de los cambios puberales en los adolescentes, más allá del momento en que suceden. Como indican Angold y Worthman (1993), la llegada de la pubertad puede tener significados personales y sociales muy diferentes en una chica de doce años que empieza a ganar materia grasa y es objeto de burlas, que en una chica atlética de doce años que genera masa muscular útil, dado que el significado de estos cambios se construye socialmente. Igualmente, la influencia de la cultura parece traslucirse en el hecho de que los cambios puberales en los adolescentes caucásicos, latinos y afroamericanos pueden ser vividos de forma muy diferente (Smolak y Striegel-Moore, 2001).

1.3.16. Síntomas depresivos y salud física

En el estudio HBSC de Portugal (de Matos, Barrett, Dadds y Shortt, 2003) se ha encontrado que una alta depresión y ansiedad en la adolescencia se asocia con una peor relación con los iguales y una peor salud autopercibida. En una muestra de adolescentes chilenos se han encontrado asociaciones entre los problemas de salud y el estado de ánimo depresivo, especialmente en las chicas (Barra, Cerna, Kramm y Véliz, 2006).

Williams, Colder, Richards y Scalzo (2002) realizaron un estudio longitudinal en el que encuentran que una peor salud percibida puede situar a las chicas adolescentes en riesgo de posteriores síntomas depresivos.

Adam (2009) repasa las contribuciones de Wickrama, Wickrama y Lott (2009) y de Dockray, Susman y Dorn (2009), y concluye que ambos estudios aportan una contribución complementaria a la comprensión de la asociación entre la depresión y la salud física en poblaciones de adolescentes y jóvenes en EE. UU.. El estudio de Wickrama y sus colaboradores (2009) emplea un estudio longitudinal con una muestra amplia y representativa para examinar las asociaciones entre depresión y varios problemas de salud autoinformados medidos seis meses después. Sin datos sobre mediadores biológicos, los autores sólo especulan sobre los mecanismos mediadores. El estudio de Dockray y sus colaboradores (2009), con una muestra pequeña, examina el papel del eje hipotalámico-pituitario-adrenal en la asociación entre depresión y un resultado de salud específico, la obesidad. Este estudio, de corte transversal, nos permite identificar la asociación entre las variables, pero no permite establecer relaciones de tipo causal.

En un estudio con adolescentes canadienses se ha realizado un seguimiento de 10 años, y se ha concluido que la depresión en la adolescencia está asociada con la recurrencia posterior de la depresión, con una mayor severidad de los síntomas, con dolores de cabeza, con una peor salud percibida y con bajos niveles de apoyo social en la adultez (Naicker, Galambos, Zeng, Senthilselvan y Colman, 2013). A partir de un estudio realizado entre estudiantes de instituto en Noruega, Gotestam, Svebak y Jensen (2008) señalan que la personalidad, el humor y la salud percibida explican hasta el 41% de la varianza en depresión.

1.4. Recapitulación de la revisión bibliográfica realizada

1.4.1. Satisfacción vital y factores asociados

La satisfacción vital global hace referencia a la evaluación cognitiva de la calidad global de la vida de una persona, basando esta evaluación en sus propias normas o estándares (Diener et al., 1999). La satisfacción vital en la adolescencia es un indicador clave de una amplia variedad de resultados positivos a nivel personal, psicológico, social, interpersonal e intrapersonal (Proctor et al., 2009). Los resultados revisados señalan que hasta un 10% de los adolescentes evalúan su satisfacción vital de forma negativa (Huebner et al., 2000) y que los niveles de satisfacción vital tienden a disminuir a lo largo de la adolescencia (Proctor et al., 2009).

De acuerdo con la revisión realizada, las variables sociodemográficas contribuyen de forma modesta a la predicción de la satisfacción vital (Proctor et al., 2009). A este respecto se ha encontrado que los chicos presentan una mayor satisfacción vital que las chicas, especialmente a partir de los 15 años, y que las puntuaciones en los adolescentes de mayor edad son algo inferiores a las de los de menor edad (WHO, 2012). También se ha encontrado que los resultados respecto a diferencias étnicas son contradictorios (Gilman y Huebner, 2003). Las variables socioeconómicas también contribuyen de forma modesta y los resultados son contradictorios (Proctor et al., 2009). En el estudio HBSC (WHO, 2012), se ha indicado que el nivel de ingresos familiar se encuentra positivamente asociado con una mayor satisfacción vital en casi todos los países estudiados.

Los estudios transculturales se han centrado especialmente en la comparación entre los niveles de satisfacción vital de muestras asiáticas con muestras occidentales (Park, 2001), encontrando algunas diferencias en los niveles o en los factores asociados. Respecto al nivel educativo parental, Ross (2002) señaló que un bajo nivel educativo parental se asocia con un menor bienestar en los adolescentes. Las creencias religiosas también han mostrado tener un efecto positivo sobre la satisfacción vital (Mayer et al., 2011).

Los estudios sobre relaciones familiares nos muestran que un mayor apoyo parental percibido (Oberle et al., 2011), una mayor frecuencia de actividades realizadas en común (Piko y Hamvai, 2010), poder hablar con los padres sobre los propios problemas diarios (Piko y Hamvai, 2010), un clima familiar positivo (Estevez et al., 2008), una mejor comunicación con los progenitores (Levin y Currie, 2010), una mayor calidez parental (Chang et al., 2003), menos discrepancias respecto a las obligaciones familiares (Phinney y Ong, 2002) y una menor presencia de estresores o conflictos dentro de la familia (Chappel et al., 2012), se asocian con una mayor satisfacción vital. Por otra parte, la separación parental, el divorcio y las segundas nupcias suelen estar asociados con un menor bienestar de los adolescentes (Demo y Acock, 1996), si bien parece que otras variables como la falta de implicación parental pudieran estar explicando los posibles efectos negativos sobre la satisfacción vital (Flouri y Buchanan, 2002).

A nivel escolar, los estudios muestran que una mayor satisfacción escolar (Raven-Sieberer et al., 2004), una mayor vinculación con la escuela (Oberle et al., 2011), un mejor rendimiento (Salmela-Aro y Tuominen-Soini, 2010), una mayor implicación parental en las cuestiones escolares (Siddall et al., 2013), no sufrir acoso escolar (Flouri y Buchanan, 2002), no presentar abandono escolar (Liem et al., 2012) y una alta satisfacción con los compañeros de clase (Casas et al., 2013), se asocian con una mayor satisfacción con la vida en la adolescencia.

La calidad de la relación con los iguales tiene un efecto positivo sobre la satisfacción vital (Leung y Zhang, 2000). El rechazo y la exclusión se asocian, en cambio, de forma negativa (Derdikman-Eiron et al., 2011; Marion et al., 2013).

Con respecto a los estilos de vida de los adolescentes, una mayor práctica de actividad físico-deportiva (Valois et al., 2004; Rangul et al., 2012) se asocia con mayores niveles de satisfacción vital. En cambio, el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas se asocia de forma negativa (Rooks, 2010; Zullig et al., 2001). En relación a los hábitos de sueño, Fuligni y Hardway (2006) muestran que tanto las variaciones diarias en las horas de sueño como la cantidad de tiempo dormido tienen su efecto en el bienestar adolescente.

Por otra parte, la autoestima es una de las variables más fuertemente asociadas a la satisfacción vital global (Gilman et al., 2000), y muchos son los estudios que han mostrado una asociación positiva entre ambas variables (Gilman y Huebner, 2006; Huebner y Gilman, 2006; Zhang y Leung, 2002). Respecto a la satisfacción corporal, Valois et al. (2003) encontraron que las percepciones de sobrepeso o estar a dieta se relacionaban con una reducida satisfacción vital. Giundice (2006) nos subrayó el mayor riesgo de insatisfacción corporal en las chicas y su impacto negativo en la satisfacción vital.

Ante la experiencia de emociones positivas, la respuesta de saboreo se asocia a un mayor afecto positivo (2003), así como no inhibir esa experiencia emocional positiva (Quoidbach et al., 2010). Rey et al. (2011) hallaron que una mayor inteligencia emocional se asocia también con una mayor satisfacción con la vida.

En relación a los cambios puberales, Cheung et al. (2007) nos muestra que una maduración más tardía en los chicos, y más temprana en las chicas, se asocia con una menor satisfacción vital. Y, finalmente, los resultados sobre salud física nos señalan que una mayor salud percibida (Videra-García y Reigal-Garrido, 2013), así como menos problemas de salud (Lengeveld et al., 1996), se asocian con una mayor satisfacción vital.

1.4.2. Síntomas depresivos y factores asociados

En la adolescencia, la depresión subclínica afecta a un porcentaje entre el 10-20% de los adolescentes (Kessler y Walters, 1998). Los datos empíricos señalan que el comienzo de la depresión suele estar en torno a los 13-15 años y que los índices de depresión se incrementan a lo largo de la adolescencia (Lewinsohn y Essau, 2002). Y es que la depresión en la adultez suele estar precedida por una anterior depresión en la adolescencia (Hankin y Abela, 2008). Además, a partir de la adolescencia, las chicas comienzan a presentar índices de sintomatología depresiva superiores a los chicos, y un mayor porcentaje de ellas desarrolla un trastorno clínicamente significativo (Twenge y Nolen-Hoeksema, 2002).

Por otra parte, una mayor presencia de síntomas depresivos en la adolescencia se ha asociado con un peor rendimiento escolar, problemas en las relaciones familiares, problemas en las relaciones con los iguales, un deterioro en el funcionamiento cognitivo, un mayor riesgo de consumo de drogas y un mayor riesgo de suicidio (Franko et al., 2005; Kessler y Walters, 1998; Wittchen et al., 1998).

Con respecto a las características sociodemográficas, Jackson y Goodman (2011) han mostrado que las chicas afroamericanas y de un bajo nivel socioeconómico presentan un mayor riesgo de depresión. En cambio, Twenge y Nolen-Hoeksema (2002) no hallaron diferencias ni de etnia ni de nivel socioeconómico. Como en el caso de la satisfacción vital, los estudios transculturales han comparado muestras asiáticas con occidentales principalmente, encontrando algunas diferencias en los niveles o en los factores asociados (Lin, 2002; Stewart et al., 2004). En cuanto a la religiosidad, se ha encontrado que tener creencias religiosas se relaciona con menos síntomas depresivos (Rasic et al, 2011), sin diferenciar entre religiones (Tripathi, 2008).

En cuanto a los estudios revisados sobre la calidad en las relaciones familiares, se ha encontrado que más problemas emocionales en la madre (Nilsen et al., 2013), un mayor conflicto parental (Briere et al., 2013), bajos niveles de implicación parental (Dawson et al., 2012), unas pautas de crianza desadaptativas (Khasakhala et al., 2012),

poco tiempo pasado con los padres y una baja aceptación por parte de ellos (Desha et al., 2011) o una baja cooperación en tareas domésticas (Juang y Cookston, 2009), se asocian con una mayor sintomatología depresiva en la adolescencia. Respecto a la estructura familiar, Patten et al. (1997) hallaron que los adolescentes que vivían en familias monoparentales tenían una media superior en síntomas depresivos, si bien Frías et al. (1992) no encontraron diferencias en este sentido. Quizás los aparentes efectos de la estructura familiar sean confundidos con los efectos de una baja cohesión familiar o un bajo vínculo emocional (McKeown et al., 2010).

En el entorno escolar, se ha encontrado que un deficitario rendimiento y una mayor probabilidad de abandono escolar (Yi et al., 2012), un menor compromiso académico (Li y Lerner, 2011), el fracaso escolar (McCarty et al., 2008), una escasa vinculación con la escuela (Lien et al., 2008), la exclusión escolar (Wivliet et al., 2010), sufrir acoso escolar o ejercerlo (Liu et al., 2013), y una mayor presión y desgaste escolar (Quach et al., 2013), se asocian con una mayor presencia de síntomas depresivos.

Por otra parte, un bajo apoyo de los iguales (Young et al., 2005), el sentimiento de soledad (Ladd y Ettekal, 2013) y la violencia sufrida (Taylor et al., 2013) se ha asociado también a una mayor frecuencia de síntomas depresivos.

Con respecto a los estilos de vida durante la adolescencia, una baja frecuencia de actividad físico-deportiva (Johnson y Taliaferro, 2011), un mayor consumo de sustancias (Marmorstein et al., 2010) y una mayor frecuencia de problemas de sueño (Danielsson et al., 2013) suponen un riesgo de depresión en la adolescencia.

Por otro lado, Orth et al. (2013) encontraron que una baja autoestima supone un factor de riesgo de la depresión, mientras que Almeida et al. (2012) señalaron que la insatisfacción corporal se asocia con un mayor nivel de síntomas depresivos en ambos sexos.

Respecto a las respuestas ante las emociones negativas, una mayor rumiación depresiva y una menor distracción explican una mayor sintomatología depresiva (Nolen-Hoeksema et al., 2008). Y una mayor inhibición de emociones positivas (Raes et

al., 2012) y un menor saboreo de las emociones positivas (Bijtterbier et al., 2012) se asocian también con una mayor sintomatología depresiva. En cuanto a las habilidades en la regulación emocional, Fernández-Berrocal et al. (2006) hallaron que la inteligencia emocional se relaciona de forma negativa con los síntomas depresivos.

En cuanto al efecto del desarrollo puberal en el desarrollo de síntomas depresivos, Negriff y Susman (2013) señalan que los resultados no son concluyentes. Stice et al. (2001) señalaron que en las chicas tener la menarquía a temprana edad (antes de los 11,6 años) se asociaba con tener más síntomas depresivos y un mayor riesgo de trastorno depresivo.

Finalmente, los resultados sobre salud física señalan que una peor salud percibida (Naicker et al., 2013) y más problemas de salud (Adam, 2009) se asocian con una mayor presencia de sintomatología depresiva.

1.5. Objetivos del estudio

Tras la revisión bibliográfica efectuada y comprobar la importancia de la satisfacción vital y de los síntomas depresivos en el desarrollo durante la adolescencia, en sí mismos y por las consecuencias que se derivan de ellos, un estudio que analice el cambio en estas variables en la adolescencia puede resultar de un alto interés. Más aún dado que se ha encontrado que a lo largo de la adolescencia la satisfacción vital sufre un ligero descenso, y que los síntomas depresivos sufren un incremento a partir de los 13 años, apareciendo además las primeras diferencias de género al respecto.

Además, la revisión realizada sobre los factores que explican tanto la satisfacción vital como los síntomas depresivos nos subraya la necesidad de encontrar las características sobre las que habría que prestar atención de cara a futuros diseños de programas de intervención. Hasta el momento se han estudiado diferentes factores predictores de la satisfacción vital y de los síntomas depresivos, por separado, sin integrar ni diferenciar qué factores están prediciendo unos y otros resultados. Por otra parte, los estudios se han centrado en algunas características específicas, ya sean dentro del ámbito familiar, de la vida escolar, de la relación con los iguales, de las características psicológicas o de los estilos de vida, entre otros. Hasta la fecha, y que sepamos a la luz de la revisión bibliográfica, no se ha ofrecido una visión amplia de un conjunto de factores predictores de distinta naturaleza, ni se ha realizado la comparación del poder predictivo que presentan.

Además, la mayor parte de los estudios han sido llevados a cabo en contextos culturales distintos al nuestro, cuyas conclusiones no tienen por qué poder extrapolarse a nuestra sociedad. Asimismo, resulta de un gran interés el uso de diseños de tipo longitudinal, que nos permita el establecimiento de relaciones entre antecedentes y consecuentes, más allá de simples asociaciones entre variables resultantes de los múltiples estudios de tipo transversal.

De esta forma, en el presente trabajo se quiere estudiar qué variables predicen la satisfacción vital y los síntomas depresivos en la adolescencia, comparando el diferente poder predictor que presentan, empleando un diseño de tipo longitudinal y tratando de

ofrecer un análisis detallado de la interacción entre determinadas características de los adolescentes de nuestro contexto cultural.

Así, vamos a analizar la relación que presentan un conjunto de factores, ordenados por dimensiones, con la satisfacción vital y con los síntomas depresivos, de forma independiente.

En la dimensión de variables sociodemográficas van a ser estudiadas las diferencias de sexo, edad y curso. Con respecto al nivel sociocultural y socioeconómico, se va a estudiar el efecto que presentan los estudios del padre y de la madre, la situación laboral del padre y de la madre, la profesión del padre y de la madre, y las creencias religiosas. En la dimensión de familia, vamos a abordar la frecuencia de actividades en familia durante el fin de semana, el apoyo parental en las tareas escolares, la calidad en la relación con el padre y con la madre, la colaboración en las tareas domésticas y la estructura familiar.

En el ámbito escolar, nos disponemos a estudiar el efecto sobre la satisfacción vital y sobre los síntomas depresivos de la satisfacción escolar, el rendimiento percibido, la presión escolar, el tiempo dedicado a los deberes, la repetición de curso, las expectativas académicas, el absentismo escolar, la exclusión escolar, el acoso escolar sufrido y el acoso escolar ejercido. En la relación con los iguales, abordaremos la facilidad para hacer amigos, el número de buenos amigos, el tener o no pareja, el número de tardes a la semana que se pasa con los amigos, y la resistencia a la presión grupal.

Los estilos de vida que van a ser analizados en el presente estudio son los hábitos de sueño, el consumo de sustancias y la práctica de actividad físico-deportiva. En el terreno de las características psicológicas, van a ser estudiadas la satisfacción corporal, la autoestima, la rumiación depresiva, la rumiación positiva y la inteligencia emocional. La salud percibida y el peso y la altura serán estudiados para abordar factores de salud física. Y en relación a los cambios puberales analizaremos el efecto de haber tenido la menarquía en las chicas.

Tras analizar la relación que mantienen cada uno de estos factores, queremos obtener modelos explicativos de la satisfacción vital y de los síntomas depresivos, prestando especial atención a las relaciones familiares, la adaptación escolar, las características psicológicas y los estilos de vida.

De forma resumida, formulamos a continuación los objetivos del presente estudio:

1. Analizar qué cambios se producen en los niveles de satisfacción vital y de sintomatología depresiva en la adolescencia, y si existen diferencias de edad, sexo o curso en estos cambios.

2. Estudiar qué factores están asociados a la satisfacción vital y a los síntomas depresivos en la adolescencia.

3. Elaborar modelos explicativos de la satisfacción vital y de los síntomas depresivos en la adolescencia desde una perspectiva longitudinal, evaluando el peso de los distintos predictores.

2. MÉTODO

2. MÉTODO

2.1. Diseño general del estudio

Se ha empleado un diseño de tipo longitudinal con dos evaluaciones u oleadas separadas por un año de una muestra adolescente. Este tipo de diseño es adecuado en estudios en psicología evolutiva para dar cuenta de los cambios que se producen en los sujetos con la edad y establecer algunos de los antecedentes y consecuentes de dichos cambios, lo que nos aproxima a la comprensión de sus factores explicativos. En la introducción de este trabajo se han ido aportando elementos que resaltan la relevancia del estudio de los cambios a lo largo de la adolescencia en la satisfacción vital y en los síntomas depresivos. Si bien la satisfacción vital es un indicador positivo de salud mental, la presencia de sintomatología depresiva sería un indicador de falta de ajuste emocional. Avanzar en la comprensión de qué factores explican la satisfacción vital y los síntomas depresivos en esta etapa vital resulta de importancia para el diseño futuro de programas de prevención de la depresión y de la promoción del bienestar en general durante la adolescencia, con vistas a poder alcanzar la adultez social de la manera más saludable y con un mayor desarrollo de las capacidades personales.

Los participantes seleccionados son adolescentes del primer ciclo de Educación Secundaria Obligatoria, que fueron evaluados de nuevo al curso siguiente. Dada precisamente la obligatoriedad de la escolaridad a esas edades, un buen lugar para acceder a amplias muestras de esta población son los centros de enseñanza. Además, el primer ciclo de secundaria supone la entrada en un nuevo nivel educativo, posterior a la educación primaria, y es una etapa para los adolescentes de frecuentes cambios a nivel físico, psicológico y psicosocial. Desde la perspectiva específica de los objetivos de este trabajo, en el segundo ciclo de secundaria o en bachillerato los niveles de satisfacción vital o de síntomas depresivos ya van alcanzando valores similares a los encontrados en adultos y difieren de los presentes en la infancia, donde la satisfacción vital es más alta y los síntomas depresivos menos frecuentes. Por ello, el estudio de la evolución de los sujetos desde el primer ciclo de secundaria parece especialmente apropiado.

En este diseño longitudinal, poder contar con una evaluación inicial y otra posterior, permite el establecimiento de relaciones entre variables propuestas como antecedentes y variables propuestas como consecuentes, lo que nos aproximará a la comprensión de posibles influencias causales de las primeras sobre las segundas. Asimismo, el período de separación de un año resulta adecuado para poder estudiar los cambios producidos en las variables objeto de estudio, en concreto, los cambios producidos en el bienestar psicológico durante la adolescencia. Emplear períodos más breves, como de 3 ó 6 meses, no permitiría el análisis de los cambios en las variables consecuentes, ya que las medidas prácticamente serían similares. De esta manera, podremos trabajar en el primero de los objetivos planteados.

En el presente estudio serán evaluadas en la primera oleada la satisfacción vital, los síntomas depresivos y diversas variables que se detallarán después y que se asume que podrían ser factores explicativos. En la oleada segunda serán evaluados sustancialmente tan sólo la satisfacción vital y los síntomas depresivos. De esta manera, podremos establecer qué factores podrían ser explicativos de la satisfacción vital y los síntomas depresivos un año después, teniendo en cuenta además los valores de partida en estas variables nucleares. Así, el segundo objetivo propuesto puede ser alcanzado.

Para la recogida de datos, hemos optado por emplear autoinformes "de lápiz y papel". Este sistema de evaluación es adecuado para recabar gran cantidad de información de cada uno de los sujetos, considerando las limitaciones de tiempo y económicas. Igualmente, este sistema resulta idóneo por la familiaridad que para los adolescentes representa el realizar tareas en lápiz y papel, así como por la posibilidad de ejecutarlas de forma anónima, individual y voluntaria en la mesa de su clase, durante el horario de una clase normal.

Además, se ha procurado que las medidas empleadas tengan buenas propiedades psicométricas. Por ello, las medidas utilizadas tendrán una validez y fiabilidad probadas en estudios previos o en pilotajes anteriores a los trabajos de campo de cada oleada. El proceso de recogida de información facilita, por otro lado, que la realización de estos autoinformes refleje una información lo más veraz posible.

Este sistema de evaluación nos permite obtener puntuaciones de muestras grandes, necesarias para el cálculo de modelos de ecuaciones estructurales (Batista-Foguet y Coenders, 2000). Algunos autores indican que los modelos de ecuaciones estructurales requieren al menos 10 sujetos por cada variable observable introducida en el modelo (Ruiz, Pardo y San Martín, 2010). Este hecho, a su vez, nos permite cumplir el tercero de los objetivos propuestos.

2.2. Muestra

La muestra inicial del estudio está compuesta por 980 adolescentes (51,5% de chicos y 48,5% de chicas) escolarizados en primer curso ($n=507$) o en segundo curso ($n=473$) de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) (tabla 1). Estos alumnos fueron evaluados anónimamente en el curso 2010/2011 en sus respectivas aulas, ubicadas en un total de 19 centros docentes de Andalucía, distribuidos en todas sus provincias y de hábitat tanto rural como urbano (tabla 2). Un año más tarde (en el curso 2011/2012) se encuestó a las aulas de 2º y 3º de ESO de estos colegios donde previsiblemente estarían estos mismos alumnos. Aplicando de nuevo un cuestionario anónimo, se encuestó a 714 adolescentes de la muestra inicial, junto a algunos otros compañeros de clase. El seguimiento longitudinal objeto de estudio en este trabajo se limita, pues, a esos 714 alumnos participantes en ambas oleadas (un 72,9% de la muestra inicial). Dicha muestra está compuesta por un 49,3% de chicos y un 50,7% de chicas (tabla 3), estudiantes de los mismos centros docentes que en la oleada primera (tabla 4).

En algunos centros se encuestó también a otras aulas del mismo curso, si el alumnado había sido dispersado en varias aulas con el cambio de curso, con vistas a encuestar de nuevo al máximo número de alumnos de la oleada primera. Lógicamente, ello ha implicado en estos centros encuestar en la oleada segunda a alumnos que no habían participado en la primera, pero los cuestionarios de dichos alumnos han quedado excluidos de la muestra longitudinal de este trabajo. El 27% de la muestra inicial no pudo ser objeto de seguimiento, bien por haber cambiado de centro docente, bien por estar estudiando en un aula distinta a la mayoría de sus compañeros, bien por no asistir a clase en el día del trabajo de campo de la segunda oleada en su centro, o bien -en pocos casos- porque el anonimato de los cuestionarios ha dificultado atribuir con certeza un

determinado cuestionario de la segunda oleada a un sujeto de la primera oleada. En ninguna de las dos oleadas ha habido rechazos a participar en el estudio.

Más adelante, una vez descritas las variables objeto de estudio y las características del instrumento, se expondrá el procedimiento por el cual ha sido posible - salvo raras excepciones- identificar qué cuestionario de la oleada segunda pertenecía a un determinado sujeto de la oleada primera, a pesar del anonimato de ambos cuestionarios.

Tabla 1: Muestra de la oleada 1, por género y edad.

Curso	Grupos de edad	Género		Total
		Chicos	Chicas	
1º ESO	11 años	1	0	1 (0,2)
	12 años	93	108	201 (39,6)
	13 años	112	116	228 (45)
	14 años	37	27	64 (12,6)
	15 años	6	5	11 (2,2)
	16 años	1	0	1 (0,2)
	17 años	1	0	1 (0,2)
Total		251 (49,5)	256 (50,5)	507 (100) (51,6)
2º ESO	12 años	1	0	1 (0,2)
	13 años	111	97	208 (44)
	14 años	96	92	188 (39,7)
	15 años	38	22	60 (12,7)
	16 años	7	8	15 (3,2)
	17 años	1	0	1(0,2)
Total		254 (53,7)	219 (46,3)	473 (100) (48,4)
Total		505 (100) (51,5)	475 (100) (48,5)	980 (100) (100)

Tabla 2: Lista de centros participantes en el estudio, indicando titularidad y localidad.

Centro	Línea aleatoriamente seleccionada	Titularidad	Localidad
Centro 1	Única	Privado	Atarfe (Granada)
Centro 2	B	Privado	Écija (Sevilla)
Centro 3	Única	Privado	Jerez (Cádiz)
Centro 4	B	Privado	Úbeda (Jaén)
Centro 5	D	Privado	El Puerto (Cádiz)
Centro 6	Única	Privado	Málaga
Centro 7	B	Privado	Baena (Córdoba)
Centro 8	1ºA, 2º B	Privado	Huelva
Centro 9	B	Público	Huelva
Centro 10	B	Privado	Sevilla
Centro 11	Única	Privado	Valverde (Huelva)
Centro 12	1º B/C, 2ºB	Público	Sevilla
Centro 13	A	Privado	Sevilla
Centro 14	1ºA, 2ºC/D	Público	Aracena (Huelva)
Centro 15	A	Privado	Huelva
Centro 16	A	Privado	Almería
Centro 17	1ºA, 2ºA/B	Público	Córdoba
Centro 18	Única	Privado	Málaga
Centro 19	A	Privado	Sevilla

Tabla 3: Muestra de sujetos que han sido objeto de seguimiento longitudinal en las dos oleadas, por sexo y edad.

Curso original	Grupos de edad	Género		Total
		Chicos	Chicas	
1º ESO	13 años	83	101	184 (51,1)
	14 años	65	78	143 (39,7)
	15 años	17	11	28 (7,8)
	16 años	2	3	5 (1,4)
	Total	167 (46,4)	193 (53,6)	360 (100) (50,4)
2º ESO	13 años	1	0	1 (0,3)
	14 años	106	98	204 (57,6)
	15 años	65	57	122 (34,5)
	16 años	12	12	24 (6,8)
	17 años	1	2	3 (0,8)
Total		185 (52,3)	169 (47,7)	354 (100) (49,6)
Total		352 (100) (49,3)	362 (100) (50,7)	714 (100) (100)

Tabla 4: Muestra del estudio longitudinal, por género y colegio

Nombre del colegio	Género		Total
	Chico	Chica	
Centro 1	22	26	48 (6,7)
Centro 2	18	20	38 (5,3)
Centro 3	3	19	49(6,9)
Centro 4	17	20	37(5,2)
Centro 5	17	16	33(4,6)
Centro 6	17	14	31(4,3)
Centro 7	20	15	35 (4,9)
Centro 8	22	19	41(5,7)
Centro 9	18	9	27(3,8)
Centro 10	15	19	34(4,8)
Centro 11	15	22	37(5,2)
Centro 12	19	18	37(5,2)
Centro 13	18	29	47 (6,6)
Centro 14	6	14	20 (2,8)
Centro 15	18	19	37 (5,2)
Centro 16	27	19	46 (6,4)
Centro 17	18	26	44 (6,2)
Centro 18	19	28	47 (6,6)
Centro 19	16	10	26 (3,6)
Total	352 (49,3)	362 (50,7)	714 (100)

2.3. Variables objeto de estudio, instrumento y estudios piloto

Las variables objeto de estudio fueron evaluadas con un autoinforme compuesto por una serie de preguntas y escalas que se encuentran distribuidos en dos grandes bloques: las escalas que evalúan satisfacción vital y síntomas depresivos, por un lado, y las escalas e ítems que miden sus variables predictoras. Estas últimas variables se distribuyen en las siguientes áreas temáticas: características sociodemográficas, nivel sociocultural y socioeconómico, relaciones familiares, vida escolar, relaciones con los iguales, características psicológicas, hábitos de sueño, actividad físico-deportiva, consumo de sustancias y salud física.

Para la oleada 1 se elaboró un instrumento que evaluara todas las variables. En lo que se refiere a la oleada 2 el instrumento incluía evaluaciones de la satisfacción vital y de los síntomas depresivos, así como otras variables que no son nucleares al planteamiento de este trabajo y, por lo tanto, no serán descritas aquí. Se presenta en el apéndice 3 el instrumento empleado en la oleada 1 del estudio.

A continuación describimos cada una de las escalas e ítems empleados en los instrumentos.

Cuestiones sobre satisfacción vital y síntomas depresivos (en la oleada 1 y en la oleada 2)

Satisfacción vital:

-Escala de satisfacción vital (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985). Empleamos la versión adaptada al castellano de Atienza, Pons, Balaguer y García-Mérita (2000). La escala de satisfacción vital de Diener es una escala de 5 ítems de tipo Likert de 5 opciones de respuesta, desde "totalmente en desacuerdo" hasta "totalmente de acuerdo". Los ítems están introducidos por un encabezado que indica el modo de dar respuesta a los enunciados que vienen a continuación: "Por favor, lee cada una de las frases que te presentamos a continuación, y señala con una "X" en qué medida estás de acuerdo con lo que en ellas se afirma". Todos los ítems están formulados de forma

positiva, de manera que cuanto más de acuerdo se esté con lo indicado en el enunciado, mayor será la puntuación en satisfacción vital. La medida global de satisfacción vital se calcula sumando la puntuación en los 5 ítems, presentando un rango de puntuaciones posibles entre 5 y 25. Los estudios han indicado que esta escala presenta adecuadas propiedades psicométricas (Pavot y Diener, 1993). En nuestro estudio, esta escala presenta una excelente fiabilidad por consistencia interna, con valores de alfa de Cronbach de 0,85 en la oleada 1, y de 0,88 en la oleada 2.

Síntomas depresivos:

-Versión reducida del Inventario de depresión infantil (Kovacs, 2001). Empleamos la versión reducida de 10 ítems adaptada al castellano por Del Barrio (Del Barrio, Roa, Olmedo y Colodrón, 2002). Con esta escala medimos en población infantil y adolescente la presencia e intensidad de sintomatología depresiva. Los estudios realizados ofrecen buenas propiedades psicométricas, indicando su uso para labores de investigación, en lugar de la versión completa más extensa. Cada uno de los 10 ítems mide un síntoma depresivo, y el participante ha de señalar una entre 3 opciones posibles. Las opciones presentan un valor en la codificación, en este orden, de 0, 1 y 2, siendo 0 ausencia de síntoma, y 2 la máxima intensidad. La puntuación global se calcula sumando las puntuaciones en los 10 ítems, teniendo en cuenta que han de recodificarse los ítems 2, 4, 5, 6 y 10, cuyas opciones valen, en este orden, 2, 1 y 0. La puntuación final en la escala oscila entre 0 y 20. Una mayor puntuación en la escala indica una mayor presencia de sintomatología depresiva. Los ítems son presentados por el siguiente enunciado, que ilustra el modo de dar respuesta: “A continuación, aparecen varios grupos de afirmaciones. En cada uno de los grupos, señala con una “X” la frase que mejor describa cómo te sientes (elige sólo UNA FRASE POR CADA GRUPO).”. En el presente estudio, esta escala presenta una buena fiabilidad, presentando un alfa de Cronbach de 0,76 en las dos oleadas.

Variables predictorias evaluadas en la oleada 1

Variables sociodemográficas

En este primer epígrafe hemos agrupado las preguntas relativas al sexo, la edad y el curso:

-Sexo. Se emplea una pregunta de los cuestionarios españoles del estudio HBSC (Mendoza, Sagrera y Batista, 1994), con dos opciones de respuesta: "¿Cuál es tu sexo? 1. Chico 2. Chica".

-Edad. Para medir la variable edad se formulan tres preguntas, una por el año de nacimiento, otra por el mes de nacimiento y una última por el día de cumpleaños. El cálculo de la edad se realiza a partir de las dos primeras cuestiones ("¿En qué año naciste?" y "¿En qué mes naciste?"), mientras que la tercera se utiliza para crear un código que, junto con otros elementos, permita el seguimiento de los autoinformes en el estudio longitudinal. Igualmente estas cuestiones se han empleado en el estudio HBSC (Mendoza et al., 1994).

-Curso académico. Como en las cuestiones anteriores, se emplea la cuestión formulada en los estudios HBSC (Mendoza et al., 1994): "¿En qué curso estás?" El rango de respuestas se refiere exclusivamente a los cursos de Educación Secundaria Obligatoria.

Características socioculturales y socioeconómicas familiares

En este apartado se han evaluado el nivel de estudios alcanzado por el padre y por la madre, la situación laboral del padre y de la madre, la profesión del padre y de la madre, y las creencias religiosas del sujeto.

-Estudios del padre y de la madre. Estas cuestiones provienen del Estudio sobre Estilos de Vida de los Adolescentes Escolarizados (EVAE) (Mendoza, Batista-Foguet y

Rubio, 2005). Se emplea el siguiente par de cuestiones “¿Qué estudios tiene tu padre?” y “¿Qué estudios tiene tu madre?”, con las siguientes opciones de respuesta: “No tiene estudios”, “Fue al colegio algunos años”, “Tiene el graduado escolar”, “Hizo formación profesional”, “Hizo el bachillerato”, “Tiene una carrera universitaria”, “Tiene otros estudios. Especificar: _____”, “No sé qué estudios tiene mi padre/madre”, y “No tengo padre/madre”.

-Situación la laboral del padre y de la madre (Mendoza et al., 1994). Para preguntar por la situación laboral del padre y de la madre, se han empleado un par de ítems, con el siguiente enunciado: “Actualmente, ¿en qué situación laboral se encuentra tu padre?”. A continuación, hay otro equivalente referido a la madre. En el caso del padre, las opciones de respuesta son: “Tiene un empleo fijo”, “Tiene su propio negocio”, “Realiza trabajos ocasionales diversos”, “Está en paro”, “Es jubilado, prejubilado, pensionista o tiene una baja permanente”, “No sé cuál es la situación laboral de mi padre”, y “No tengo padre”. Por otro lado, en el caso de la madre, las opciones de respuesta fueron: “Es ama de casa”, “Tiene un empleo fijo”, “Tiene su propio negocio”, “Realiza trabajos ocasionales diversos”, “Desea trabajar fuera de casa, pero no tiene trabajo”, “Es jubilada, prejubilada, pensionista o tiene una baja permanente”, “No sé cuál es la situación laboral de mi madre”, y “No tengo madre”.

-Profesión del padre y de la madre (Mendoza et al., 1994). Se emplean dos preguntas abiertas, una para preguntar por la profesión del padre, y otra para preguntar por la de la madre. El ítem referente a la profesión del padre tiene el siguiente enunciado “¿En qué trabaja tu padre? Por favor, explica lo que hace: por ejemplo, mecánico empleado en un taller de coches, dentista, dueño de una panadería, empleado de un comercio, jornalero del campo, profesor universitario... (Si no tienes padre o está parado o jubilado, pero sabes cuál era o es su trabajo, escríbelo también; si no lo sabes, déjalo en blanco)”. Por otra parte, el ítem sobre la profesión de la madre tiene el siguiente enunciado: “¿En qué trabaja tu madre? Por favor, explica lo que hace: por ejemplo, ama de casa, maestra, dentista, enfermera... (Si no tienes madre o está parada o jubilada, pero sabes cuál era o es su trabajo, escríbelo también; si no lo sabes, déjalo en blanco)”. Posteriormente se recodificaron las respuestas en las siguientes categorías de niveles socioprofesionales, tanto para el padre como para la madre: trabajador/a no

cualificado/a, trabajador/a cualificado/a, técnico/a de grado medio, técnico/a de grado superior y alto cargo.

-Creencias religiosas (Mendoza et al., 2005). Se pregunta “¿Te consideras creyente de alguna religión?” y las opciones de respuesta son: "Sí, y además la practico"; "Sí, pero no soy practicante"; "No", y "No lo sé". A los adolescentes que hayan señalado alguna de las dos primeras opciones se les pregunta además : “¿De qué religión?”.

Relaciones familiares

En el ámbito familiar se abordan la realización de actividades en común durante el fin de semana, el apoyo parental en cuestiones escolares, la calidad en la relación con el padre y con la madre, la colaboración en las tareas domésticas, el dinero de bolsillo y la estructura familiar.

-Actividades en común los fines de semana (Mendoza et al., 2005). Se le plantea al alumno/a la cuestión siguiente: “Piensa ahora en el conjunto de tu familia y señala con qué frecuencia hacéis algunas cosas en común en el fin de semana”. Se ofrece a continuación una escala de 7 opciones de respuesta, desde "nunca" hasta "siempre".

-Apoyo parental en cuestiones escolares (Mendoza et al., 1994). Para evaluar el grado en que los padres ayudan al chico o chica cuando tiene problemas con asuntos académicos, se presenta el enunciado “Si tengo problemas en el colegio o en el instituto, mis padres están dispuestos a ayudarme”, con 5 opciones de respuesta según la frecuencia, desde "nunca" a "siempre".

-Calidad en la relación con el padre y con la madre (Ortega y Triana, 2002). A partir de una escala más amplia concebida por Ortega y Triana, se ha elaborado para este estudio una escala de calidad en la relación con el padre y con la madre con 10 ítems en total. Está formada por dos subescalas de 5 ítems cada una, evaluando la calidad en la relación con el padre y la calidad en la relación con la madre por separado. Por calidad en la relación parentofilial hemos entendido, en consonancia con dichas

autoras, la facilidad para hablar con los progenitores, el sentirse bien en su compañía, recibir muestras de apoyo, el que el progenitor se preocupe cuando el adolescente tiene problemas, o la demostración afectiva de cariño. Los contenidos son equivalentes en la relación con el padre y en la relación con la madre. Se presenta un enunciado general: “A continuación vamos a presentarte una lista de frases que reflejan diferentes formas de relación entre padres e hijos. Por favor, lee cada una de las frases e indica con qué frecuencia te ocurre lo que se expresa en cada una de ellas”. Cada subescala está formada por 5 enunciados, todos formulados de forma positiva, de manera que indicar una mayor frecuencia con que acontece lo que en cada enunciado se detalla denota una mejor relación entre el/la hijo/a y su padre o madre. Se ofrecen 5 opciones de respuesta para señalar la frecuencia, desde "nunca" hasta "siempre". La puntuación global en cada subescala se calcula sumando la puntuación en cada uno de los cinco ítems (siendo nunca=1 y siempre=5), de forma que la puntuación final se presenta en un rango entre 5 y 25. Además, se ofrece la opción “No tengo padre” o “No tengo madre”. En el presente estudio, la escala que evalúa la calidad en la relación con el padre presenta una fiabilidad por alfa de Cronbach de 0,93, mientras que la escala que evalúa la calidad en la relación con la madre presenta un valor de 0,89. Así, ambas escalas presentan una excelente fiabilidad por consistencia interna.

-Colaboración en tareas domésticas (Mendoza et al., 2006). Para medir el grado de participación del adolescente en las tareas del hogar, se presenta la siguiente pregunta “¿Con qué frecuencia ayudas en las tareas de tu casa? (como recoger tu habitación, poner la mesa, etc.)”. La gama de respuestas que se ofrece es la siguiente: "Nunca", "De tarde en tarde", "Sólo el fin de semana", "Algunas veces en la semana" y "A diario o casi a diario".

-Dinero de bolsillo (Mendoza et al., 1994). Se plantea el enunciado: “¿Cuánto dinero tienes habitualmente a la semana para tus gastos personales? Incluye tanto el que te dan como el que tú puedes ganar, tanto si te lo gastas como si no. (Si no tienes una cantidad fija de dinero a la semana y te dan según vayas necesitando, calcula el dinero que te sueles gastar a la semana)”, y se permite la respuesta abierta (en euros).

-Estructura familiar (Mendoza et al., 1994). Para evaluar con quién o quiénes vive el/la adolescente, se utiliza un ítem en el que el sujeto debe señalar si vive con alguna o algunas de las siguientes personas: madre, padre, hermanas, hermanos, hermanastras, hermanastros, la nueva pareja del padre, la nueva pareja de la madre, abuela, abuelo, otros parientes, u otras personas. Sobre los hermanos, hermanas, hermanastras y hermanastros, se pregunta además por cuántos de ellos viven en su casa. El enunciado que presenta a los posibles componentes de la unidad familiar dice: “Por favor, señala quiénes de las siguientes personas viven en tu casa. Señala tantas casillas como sea necesario. Si tu madre y tu padre viven en sitios diferentes, responde pensando en la casa en la que tú vives la mayor parte del tiempo”.

Vida escolar

En este área temática se han medido la satisfacción escolar, el rendimiento académico percibido, la presión escolar, el tiempo dedicado a los deberes, la repetición de curso, las expectativas académicas, el absentismo escolar, la exclusión escolar, el acoso escolar sufrido y el acoso escolar ejercido.

-Satisfacción escolar (Mendoza et al., 1994). Para medir el grado en que al adolescente le gusta la escuela empleamos la pregunta “Hoy por hoy, ¿qué sientes hacia la escuela?”, y se ofrecen cuatro categorías de respuesta: "me gusta mucho", "me gusta un poco", "no me gusta mucho", y "no me gusta nada".

-Rendimiento percibido (Mendoza et al., 1994). Medimos la percepción del propio rendimiento académico en términos de comparación con el rendimiento de sus propios compañeros o compañeras, empleando el siguiente enunciado: “En tu opinión, ¿cómo crees que es tu rendimiento escolar en comparación con tus compañeros de clase?” Se presentan cuatro opciones de respuesta: "muy bueno", "bueno", "medio", y "por debajo de la media".

-Presión escolar (Mendoza et al., 1994). Para evaluar la medida en que el adolescente se siente agobiado o presionado por los deberes o por la materia a estudiar, incluimos la pregunta “¿Cómo te sientes de agobiado o presionado por lo que tienes que

estudiar o por los deberes que te mandan?” Se proponen cuatro opciones de respuesta: "nada en absoluto", "un poco", "bastante", y "mucho".

-Tiempo dedicado a los deberes (Mendoza et al., 1994). Para medir el tiempo que el adolescente invierte en hacer sus deberes o estudiar fuera del horario escolar, se ha incluido la pregunta “Después del colegio o instituto, por término medio, ¿cuánto tiempo pasas al día haciendo los deberes o estudiando?”, y se plantean hasta seis categorías de respuesta: “nunca hago los deberes”, “menos de 15 minutos”, “entre 15 y 30 minutos”, “entre 30 y 60 minutos”, “entre 1 y 2 horas”, y “más de 2 horas”.

-Repetición de curso (Mendoza et al., 1994). Empleamos la pregunta clásica del estudio HBSC “¿Has repetido curso alguna vez?”, con tres opciones de respuesta (nunca; sí, una vez; sí, dos o más veces), para detectar los adolescentes que han repetido curso.

-Expectativas académicas (Mendoza et al., 1994). Para evaluar qué piensa hacer el adolescente al terminar la educación secundaria, se emplea el siguiente enunciado: “¿Qué crees que vas a hacer cuando termines tus estudios actuales?” Se le plantean las siguientes opciones posibles, entre las cuales sólo podrá señalar una: "estudiar un ciclo formativo o módulo", "estudiar el bachillerato", "conseguir un trabajo", "colocarme de aprendiz", "estar en paro", "no lo sé", y “otra cosa. Indicar: __”.

-Absentismo escolar (Mendoza et al., 2005). Se pregunta también por el número de días en que el adolescente faltó a clase sin justificación médica alguna en los últimos 30 días: “¿Cuántos días has faltado a clase en el último mes sin estar enfermo?” El participante podrá señalar una de las siguientes opciones posibles: "ninguno", "algunas horas, pero no un día entero", "1 día", "2 ó 3 días", y "4 ó más días".

-Exclusión escolar (Mendoza et al., 1994). La sensación de sentirse excluido en el entorno escolar es abordada en nuestro instrumento con la cuestión “¿Con qué frecuencia te pasa que otros estudiantes no quieren estar contigo en el colegio o instituto y tú acabas solo o sola?” Se ofrecen cuatro opciones de respuesta, desde "nunca" hasta "con bastante frecuencia".

-Acoso sufrido y ejercido (Mendoza et al., 1994). En el presente estudio se ha evaluado no sólo el acoso escolar sufrido sino también el acoso realizado hacia otros compañeros o compañeras. Por ello, se plantean dos cuestiones “¿Con qué frecuencia te fastidian o molestan queriendo en el colegio o instituto? (compañeros de tu clase o de otra clase)” y “¿Con qué frecuencia fastidias o molestas queriendo a otros estudiantes en el colegio o instituto?” La primera pregunta ofrece las siguientes opciones de respuesta: "nunca", "rara vez", "de vez en cuando", y "con bastante frecuencia". La segunda, ofrece también cuatro opciones: "nunca", "muy pocas veces", "de vez en cuando" y "con frecuencia".

Relaciones con los iguales

Dentro de este área temática, mediremos la facilidad para hacer amigos, el número de buenos amigos, el tener o no pareja, el número de tardes a la semana que se pasa con los amigos y la resistencia a la presión grupal. Todos estos ítems provienen del cuestionario español del estudio HBSC (Mendoza et al., 1994) o del estudio EVAE (Mendoza et al., 2005; Mendoza, 2004).

-Facilidad para hacer amigos. Con este ítem medimos la facilidad o dificultad para hacer amigos. La cuestión dice “Por lo general, ¿te resulta difícil hacer amigos?”. Se ofrecen cinco categorías de respuesta desde "muy difícil" hasta "muy fácil".

-Número de amigos. Dicho ítem pregunta “¿Cuántos buenos amigos o amigas tienes?”, y puede señalar desde "ninguno" hasta "6 ó más".

-Tener o no pareja. Para abordar si tiene o no pareja, se plantea el enunciado siguiente “En la actualidad, ¿mantienes una relación estable con alguien? (Es decir, formáis una pareja)”. El adolescente podrá responder "sí", "no" o "no lo sé".

-Tardes a la semana que pasa con los amigos. De forma sencilla se pregunta “¿Cuántas tardes a la semana sales con tus amigos o amigas?”, y pueden señalar desde 0 hasta 7 tardes a la semana.

-Resistencia a la presión grupal (Mendoza et al., 2005). Entendiendo por resistencia a la presión grupal la facilidad para mostrar desacuerdo con la opinión general del grupo de iguales a la hora de hacer algo, se emplea el siguiente ítem: “Si tu grupo de amigos quiere hacer algo con lo que tú no estás de acuerdo, ¿te resulta fácil decir que no quieres hacerlo?” Se ofrecen las siguientes categorías de respuesta: “Me resulta muy difícil y no digo nada”, “Me resulta difícil y pocas veces lo digo”, “A veces lo digo y a veces no” y “Cuando eso ocurre, siempre o casi siempre digo que no estoy de acuerdo”.

Autopercepción, estilos de respuesta e inteligencia emocional

-Autoestima. Se ha empleado la escala de autoestima de Rosenberg (1966); en concreto, la versión en castellano de Salgado e Iglesias (1995). Esta escala presenta excelentes propiedades psicométricas, y en el presente estudio la fiabilidad por consistencia interna fue de $\alpha = 0,80$. La escala está compuesta por 10 ítems de tipo Likert que se responden según el grado de acuerdo, siguiendo una escala de 4 puntos desde "totalmente en desacuerdo" hasta "totalmente de acuerdo". Salvo los ítems 2, 6, 8 y 9, que están formulados negativamente, el resto lo están de forma positiva, de manera que un mayor acuerdo en dichos enunciados indicaría una mayor cantidad de autoestima. La puntuación global se calcula sumando la puntuación obtenida en cada uno de los ítems (las opciones de respuesta tienen un valor del 1 al 4), recodificando los 4 ítems negativos. Así, la puntuación global en la escala de autoestima va a oscilar entre 10 y 40.

-Satisfacción corporal (Mendoza et al., 1994). Para medir el grado en el que el adolescente se encuentra satisfecho con su propio cuerpo se formula la cuestión “¿Te gusta tu aspecto físico?”, y se presentan cinco opciones de respuesta: "me gusta mucho", "me gusta bastante", "ni me gusta ni me disgusta", "me gusta poco," y "no me gusta nada".

-Rumiación depresiva. Siguiendo la escala de estilos de respuesta de Nolen-Hoeksema (Treynor et al., 2003) y la versión castellana de Hervás (2008), se ha

diseñado para este estudio una versión reducida de 12 ítems para medir qué hacen los adolescentes cuando se sienten tristes. Se emplea el siguiente encabezado para presentar los ítems: “Responde con qué frecuencia haces o piensas cada una de estas cosas cuando te sientes triste o deprimido. (Por favor, señala con una “X” la casilla correspondiente.)”. Los ítems se distribuyen en dos subescalas, una de rumiación depresiva, de seis ítems (los ítems con los números 1, 3, 4, 8, 11 y 12), y otra de distracción, de otros seis ítems (los ítems con los números 2, 5, 6, 7, 9 y 10). La rumiación depresiva consiste en pensar sobre la tristeza o las causas y consecuencias de esta tristeza cuando uno se siente triste, y la distracción consiste en responder frente al estado de ánimo triste pensando o haciendo cosas alegres para alterar así el propio estado de ánimo. Para dar respuesta a cada uno de los enunciados se ofrece una escala con cuatro opciones de respuesta que reflejan la frecuencia con que se hacen las cosas que se describen. Estas opciones son "casi nunca", "algunas veces", "a menudo" y "casi siempre", y son puntuadas del 1 al 4 en este orden. La puntuación global en cada subescala, de rumiación depresiva y de distracción, se calcula sumando la puntuación en cada ítem, de forma que la puntuación se va a encontrar en un rango de 6 a 24, donde una mayor cantidad significa una mayor frecuencia de ese tipo de respuestas cuando uno se siente triste. En nuestro estudio, las dos subescalas presentan una excelente fiabilidad por consistencia interna, de manera la escala de rumiación depresiva presenta un valor alfa de 0,84, mientras que la escala de distracción presenta un valor alfa de 0,86.

-Rumiación positiva. En la fase de preparación del instrumento específico de este estudio, se ha reducido y adaptado a muestra adolescente la escala de respuestas ante el afecto positivo de Feldman et al. (2008). En esta escala se presentan una serie de enunciados sobre lo que una persona puede hacer cuando se siente alegre, feliz o contento. Está compuesta por 12 ítems, que se dividen en tres subescalas, una de saboreo de la emoción positiva (ítems del 1 al 4), otra de inhibición de la emoción positiva (ítems del 5 al 8), y otra de autoatribución o atribución interna de la emoción positiva (ítems del 9 al 12). El saboreo supone prestar atención y amplificar la consciencia sobre la experiencia de la emoción positiva. La inhibición supone reducir la intensidad en la que se experimenta la emoción positiva al pensar en su carácter efímero o en la posibilidad de enfrentarse a emociones negativas. Y finalmente, la atribución

interna supone relacionar la experiencia de la emoción positiva con la propia valía o con el logro de objetivos propios. Para dar respuesta a cada enunciado se proponen cuatro opciones de respuesta según la frecuencia con la que se lleven a cabo las acciones que se describen: "casi nunca", "algunas veces", "a menudo" y "casi siempre". Estas opciones son puntuadas en ese mismo orden del 1 al 4. Para calcular la puntuación global en cada subescala tan sólo ha de sumarse la puntuación en cada uno de los 4 ítems, obteniendo un valor entre 4 y 16. En el presente estudio, cada subescala reducida presenta una excelente fiabilidad por consistencia interna. La escala de saboreo presenta una fiabilidad atendiendo al valor de alfa de Cronbach de 0,85; la de inhibición ofrece un valor de 0,88, y la de atribución, de 0,89.

-Inteligencia emocional. Se ha utilizado una versión reducida de la escala Trait-Meta Mood Scale de Mayer y Salovey (Salovey et al., 1995), adaptada por Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos (2004). Está compuesta por 12 ítems, correspondientes a 3 subescalas: atención emocional, claridad emocional y reparación emocional. La escala de atención emocional está formada por los cuatro primeros enunciados, que evalúan el grado en que uno presta atención a las propias emociones. La escala de claridad emocional está compuesta por los ítems del 5 al 8, y mide el grado en que se perciben las emociones de forma clara, sin confusión entre los diferentes estados emocionales. Por último, la escala de reparación emocional evalúa la habilidad para alterar un estado emocional negativo y hacer que uno mismo se sienta mejor (incluye los cuatro ítems finales). Estas habilidades en la regulación emocional conformarían el constructo de inteligencia emocional, de forma que una persona inteligente emocionalmente sería aquella con una alta claridad emocional, una alta reparación emocional y una moderada atención a sus emociones. Cada enunciado se contesta siguiendo una escala que indica la frecuencia con la que se realizan las acciones descritas. Se emplea una escala de 5 opciones de respuesta desde "nunca" hasta "muy frecuentemente", puntuadas desde el 1 hasta el 5. La puntuación en cada subescala se calcula sumando la puntuación en cada uno de los 4 ítems que la conforman, de manera que la puntuación oscila entre 4 y 20. Las subescalas muestran todas una excelente fiabilidad por consistencia interna. Así, la subescala de atención presenta un valor de alfa de 0,91, la de claridad tiene un valor de 0,84, y la de reparación, de 0,85.

Hábitos de sueño

- La medida de los hábitos de sueño queda recogida en cuatro ítems, tres de los cuales proceden de estudios anteriores (Mendoza et al., 1994; Mendoza et al., 2005). Dos preguntas hacen referencia a la hora de acostarse y a la hora de levantarse entre semana los días lectivos, y otras dos, a la hora de acostarse los viernes y de levantarse los sábados (en referencia a los hábitos de sueño en el fin de semana). En cuanto a los hábitos de sueño los días de colegio se pregunta “¿A qué hora te sueles ir a la cama si tienes que levantarte al día siguiente para ir al colegio o instituto?” y “¿A qué hora te levantas normalmente los días de colegio?”, respectivamente, con nueve (sobre las 9 ó antes, sobre las 9.30, sobre las 10, sobre las 10.30, sobre las 11, sobre las 11.30, sobre las 12, sobre las 12.30, sobre la 1 ó más tarde) y seis opciones de respuesta (sobre las 6.30 ó antes, sobre las 7, sobre las 7.30, sobre las 8, sobre las 8.30, sobre las 9 ó más tarde), respectivamente. Por otro lado, para medir los hábitos de sueño en una noche del fin de semana se plantearon las siguientes preguntas “¿A qué hora te sueles ir a la cama el viernes?” y “¿A qué hora te levantas normalmente los sábados?”, con nueve (sobre las 10 ó antes, sobre las 11, sobre las 12, sobre la 1 de la madrugada, sobre las 2 de la madrugada, sobre las 3 de la madrugada, sobre las 4 de la madrugada, sobre las 5 de la madrugada, sobre las 6 de la madrugada o más tarde) y siete categorías de respuesta (sobre las 8 ó antes, sobre las 9, sobre las 10, sobre las 11, sobre las 12, sobre la 1, sobre las 2 ó más tarde), respectivamente. El ítem relativo al viernes es nuevo y ha sido concebido para este estudio.

A partir de las respuestas en estas cuatro variables, fueron calculadas otras dos variables, las horas de sueño entre semana y las horas de sueño en el fin de semana, calculando de forma aproximada la cantidad de horas que hay entre el momento de acostarse y el momento de levantarse.

-Cansancio matinal (Mendoza et al., 1994). Con esta variable queremos evaluar el carácter reparador del sueño. Empleamos el enunciado “¿Te encuentras cansado o cansada por la mañana cuando vas al colegio o al instituto?”, con cuatro opciones de respuesta, expresando la frecuencia con la que el alumno o la alumna se levanta

cansado/a (raras veces, algunas veces, de 1 a 3 veces por semana, 4 ó más veces por semana).

Actividad físico-deportiva

-Deporte y ejercicio físico (Mendoza et al., 1994). Dentro de esta dimensión se incluyen dos cuestiones, una para medir la práctica deportiva en horario extraescolar, y otra para medir la práctica de algún tipo de ejercicio físico. La primera de ellas es introducida de este modo: “Fuera del horario escolar, ¿practicar algún deporte o gimnasia?”, y se proponen hasta cinco opciones de respuesta (nunca, muy pocas veces, un día a la semana, varios días a la semana pero no cada día, y todos los días). La segunda cuestión nos indica: “Fuera del horario escolar, ¿cuántas horas a la semana realizas algún ejercicio físico, como pasear, montar en bicicleta, correr, etc.?”, y se presentan hasta seis opciones de respuesta (ninguna, alrededor de media hora, alrededor de una hora, alrededor de 2-3 horas, alrededor de 4-6 horas, y más de 7 horas).

Consumo de sustancias

-Para evaluar la frecuencia en el consumo de bebidas alcohólicas se utiliza un ítem que comienza así: “Actualmente, ¿con qué frecuencia tomas bebidas alcohólicas como la cerveza, el vino, o los licores? Incluye también las veces en que sólo tomas una pequeña cantidad. Por favor, indica una casilla por bebida”. Las bebidas alcohólicas son: “cerveza”, “vino, champán o vermut”, “licores (como el vodka, ginebra, whisky, ron, anís...) o cubatas”. Las opciones de respuesta que se presentan son: "cada día", "cada semana", "alguna vez al mes", "raras veces", y "nunca" (Mendoza et al., 1994).

El enunciado “¿Has bebido alguna vez tanto alcohol que realmente te has emborrachado?” es empleado para evaluar la frecuencia de embriaguez y se ofrecen las siguientes opciones de respuesta: "nunca", "1 vez", "2 ó 3 veces", "de 4 a 10 veces", y "más de 10 veces" (Mendoza et al., 1994).

Por otro lado, hemos construido para el presente estudio dos ítems de participación en el botellón. En el primero de ellos se pregunta “¿Sueles salir de

botellón con tus amigos o amigas?” y se ofrecen cinco opciones de respuesta, según la frecuencia (no, nunca he ido de botellón; sí, muy pocas veces; más o menos una vez a la semana; aproximadamente 2 veces a la semana; 3 o más veces a la semana). Además, incluimos un ítem sobre el consumo de alcohol durante el botellón en comparación con los iguales. El enunciado dice: “Si te comparas con tus amigos/as, cuando vas de botellón, ¿tomas más o menos cantidad de bebidas alcohólicas que ellos/as?” Las opciones de respuesta son: “Nunca o casi nunca voy de botellón”, “Cuando voy de botellón, no bebo nada de alcohol”, “Bebo bastante menos alcohol que mis amigos”, “Bebo más o menos la misma cantidad de alcohol que mis amigos”, y “Dentro de mi grupo de amigos/as, soy de los que más alcohol beben”.

-Tabaco (Mendoza et al., 1994). Empleamos una pregunta para medir la frecuencia con la que el adolescente fuma. El enunciado dice “¿Con qué frecuencia fumas actualmente?”, y se presentan cuatro opciones de respuesta (todos los días, una vez a la semana o más pero no cada día, menos de una vez por semana, no fumo).

-Drogas (Mendoza et al., 1994). Preguntamos “¿Has tomado alguna de estas drogas alguna vez?” y “¿Has tomado alguna de estas drogas en los últimos 30 días?” y se ofrecen tres opciones de respuesta “tres o más veces”, “una o dos veces” y “nunca”, ante el grupo de drogas “hachís/porros/marihuana” y “otra droga. ¿Cuál? ____”.

Salud percibida y cambios puberales

-Salud percibida. La percepción sobre el propio estado de salud es medida en nuestro instrumento con un ítem clásico de los estudios HBSC (Mendoza et al., 1994). Se pregunta de forma directa y sencilla “¿Cómo crees que estas de sano o de sana?” y el adolescente puede optar entre "muy sano/a", "bastante sano/a" y "no muy sano/a".

-Peso y altura (Mendoza et al., 2005). Se ofrecen un par de cuestiones abiertas, en las que el participante ha de indicar en kilos y en centímetros o metros, su peso y su altura respectivamente y de forma aproximada : “¿Cuántos kilos pesas? (aproximadamente)” y “¿Qué altura tienes? (aproximadamente)”. El índice de masa corporal (IMC) es calculado después dividiendo el peso en kilogramos entre el cuadrado

de la estatura en metros. La validez de estas medidas de autopercepción de peso y de altura se ha mostrado notable con adolescentes europeos, israelíes y estadounidenses, dentro del estudio HBSC (Lissau, Overpeck, Ruan, Due, Holstein y Hediger, 2004).

-Menarquia (Gaudineau, Ehlinger, Vayssiere, Jouvét, Arnaud y Godeau, 2010; Williams y Currie, 2000). Ambas cuestiones, sólo para las chicas, preguntan por la primera menstruación y la edad a la que se tuvo. La pregunta señala "¿Has tenido ya tu primera regla, periodo o menstruación?", y pueden responder sí o no. A aquellas chicas que indicaran la opción sí, se presenta la pregunta abierta "¿Qué edad tenías cuando tuviste tu primera regla?"

Estudios Piloto

1) Pilotaje de escalas realizado específicamente para este trabajo

En primer lugar, se ha realizado un estudio piloto para crear tres escalas: la de rumiación, la de rumiación positiva, y la de inteligencia emocional. La muestra de este estudio piloto fue de 191 participantes (48,7% chicos y 51,3% chicas), de 13 a 18 años, de los cuatro cursos de la Educación Secundaria. El 52,4% de la muestra ha sido recogida en un centro concertado, mientras que el 47,6% pertenece a un centro público, ambos de la comunidad autónoma andaluza.

Para crear la escala de rumiación se partió de la versión original para adultos de Nolen-Hoeksema (Trenor et al., 2003) y la versión castellana de Hervás (2008), y a partir de las cuales se elaboró una versión reducida compuesta por los 16 ítems de formulación más sencilla. De estos 16 ítems, la mitad evalúa rumiación depresiva y la otra mitad, distracción. Se ha realizado un análisis factorial de cada una de las dos subescalas.

En la subescala de rumiación depresiva, nos encontramos con un factor 1 con un autovalor de 3,87 y un porcentaje de varianza explicada del 38,71%. En este factor, se han seleccionado los seis ítems con una mayor saturación factorial, y se ha calculado a continuación su índice de fiabilidad por consistencia interna. El valor alfa de Cronbach

de esta versión de 6 ítems de la subescala de rumiación fue de 0,81. Por otro lado, en la subescala de distracción, tras realizar el análisis factorial, se ha encontrado un solo factor, con un autovalor de 5,22 y un porcentaje de varianza explicada del 52,20%. Del mismo modo, se han seleccionado los seis ítems con mayor saturación factorial, y se ha analizado la fiabilidad por consistencia interna. El valor de alfa fue de 0,88.

En las tablas 5 y 6 podemos observar los ítems seleccionados en negrita y la saturación factorial. De esta manera, conformamos la escala final a utilizar en el trabajo de campo, de 12 ítems, compuesta por 6 ítems para medir rumiación depresiva y 6 ítems para medir distracción. La fiabilidad mostrada por ambas subescalas resultó excelente.

Tabla 5: Análisis factorial entre los ítems que miden rumiación depresiva.

Variables	Saturación en factor 1	Saturación en factor 2	Saturación en factor 3
1.Me acuerdo de otras veces en que me sentí así.	,53		-,43
2.Pienso en que debería haber hecho otra cosa diferente.		,57	
3.Me voy solo/a y me pongo a pensar por qué me siento así.	,60	-,51	
4.Me voy solo a algún lugar para pensar en mis sentimientos.	,64	-,52	
5.Pienso: ¿Por qué no puedo dejar de sentirme de esta manera?	,62		,53
6.Recuerdo otras veces en las que las cosas no salieron como yo quería.	,60	,41	-,43
7.Pienso en por qué me siento de esa manera.	,63		,49
8.Pienso una y otra vez en lo que ha pasado.	,76		
9.Pienso en cómo me siento.	,78		
10.Pienso en algo que ocurrió, deseando que hubiera salido mejor.	,58	,50	
KMO:0,809, Prueba de esfericidad: Chi-cuadrado: 514,368; sig. ,000; Autovalor: factor 1: 3,87 ; % varianza: 38,71; alfa de cronbach: 0,81			

Tabla 6: Análisis factorial entre los ítems que miden distracción.

Variables	Saturación en factor 1
Pienso en algo que he hecho hace poco y que ha sido divertido.	,69
Hago algo que me gusta mucho hacer	,74
Pienso “Voy a concentrarme en algo distinto a cómo me siento”.	,51
Pienso “Voy a hacer algo para sentirme mejor”	,75
Hago algo que me ha hecho sentir mejor anteriormente.	,77
Pienso en cosas divertidas.	,82
Me concentro en otra cosa que me ponga más contento/a.	,75
Intento desviar mi mente de mis sentimientos haciendo algo que me gusta	,79
Pienso “Voy a salir y pasármelo bien”.	,67
Pienso en alguna vez en que estaba mucho más contento/a.	,70
KMO:0,906, Prueba de esfericidad: Chi-cuadrado: 767,218; sig. ,000; Autovalor: factor 1: 5,22 ; % varianza: 52,20; alfa de cronbach: 0,88	

Para el pilotaje de la escala de rumiación positiva se ha realizado la traducción inversa del instrumento original de respuestas al afecto positivo de Feldman et al. (2008), compuesto por 17 ítems (5 de saboreo, 4 de atribución y 8 de inhibición). En el proceso de traducción inversa, una traductora nativa británica y bilingüe tradujo la versión anglosajona al castellano, y posteriormente otra traductora bilingüe española tradujo al inglés la versión traducida al castellano. La comparación entre la traducción final y la versión original resultó muy satisfactoria. Tras realizar el pilotaje, se realizaron análisis factoriales con cada una de las subescalas. En la subescala de saboreo, encontramos un único factor, con un autovalor del 2,54% y un porcentaje de varianza explicada del 50,88%. De esta subescala seleccionamos los cuatro enunciados con mayor saturación y calculamos su alfa de Cronbach (0,76). En la subescala de atribución, formada por cuatro ítems, los seleccionamos todos, pero comprobamos que todos los indicadores formaban parte del mismo factor (con autovalor de 2,49 y explicando el 62,22% de la varianza). Esta subescala presentó un alfa de 0,79. Tenemos que destacar en esta escala la modificación de un enunciado del pilotaje al instrumento final del trabajo de campo. El ítem 2 "Estoy viviendo a tope" fue modificado por "Estoy alcanzando todo cuanto puedo conseguir", para evitar cierta confusión posible con la realización de conductas de riesgo por las connotaciones de la formulación original, pero manteniendo el significado básico del indicador y la dimensión.

Finalmente, se pilotaron los ocho ítems de la subescala de inhibición. Se obtuvo un factor con un autovalor de 3,62 y un porcentaje de varianza explicada de 45,27%. Como se llevó a cabo con las otras subescalas de este instrumento, se seleccionaron los cuatro ítems de mayor saturación factorial, que conformaron una subescala final con un alfa de 0,79.

Tras los análisis realizados, se compuso la escala final de 12 ítems para medir las respuestas ante el afecto positivo, conformada por cuatro ítems para medir cada subescala: saboreo, inhibición y atribución. Todas las subescalas mostraron una adecuada fiabilidad por consistencia interna. En las tablas 7, 8 y 9 se muestran los resultados del análisis factorial y los enunciados seleccionados en negrita.

Tabla 7: Análisis factorial entre los ítems que miden saboreo.

Variables	Saturación en factor 1
1. Pienso en lo feliz que me siento	,57
2. Pienso en lo fuerte que me siento	,62
3. Pienso en que me siento con fuerzas para hacer de todo.	,52
4. Me doy cuenta de que me siento lleno de energía	,52
5. Saboreo este momento.	,31
KMO: 0,758, Prueba de esfericidad: Chi-cuadrado: 215,921; sig. ,000; Autovalor: 2,544 ; % varianza:50,88; alfa de cronbach: 0,76	

Tabla 8: Análisis factorial entre los ítems que miden atribución

Variables	Saturación en factor 1
1. Pienso “Lo estoy consiguiendo todo”	,82
2. Pienso “Estoy viviendo a tope”	,76
3. Pienso en lo orgulloso que me siento de mí mismo	,67
4. Pienso “Lo estoy logrando todo”	,89
KMO:0,735, Prueba de esfericidad: Chi-cuadrado: 249,496; sig. ,000; Autovalor: 2,489; % varianza:62,22; alfa de cronbach: 0,79	

Tabla 9: Análisis factorial entre los ítems que miden inhibición.

Variables	Saturación en factor 1
1. Pienso “Mi racha de suerte va a terminar pronto”	,72
2. Pienso “No me merezco esto”	,66
3. Pienso en cosas que podrían ir mal	,73
4. Pienso en cosas que no me han ido bien	,68
5. Me recuerdo que estos sentimientos no durarán	,78
6. Pienso “Esto es demasiado bueno para ser verdad”	,75
7. Pienso en lo difícil que es concentrarse	,47
8. Pienso “La gente pensará que estoy fanfarroneando”	,53
KMO:0,840, Prueba de esfericidad: Chi-cuadrado: 445,575; sig. ,000; Autovalor: factor 1: 3,62 ; % varianza: 45,27; alfa de cronbach: 0,79	

La siguiente escala que pilotamos fue la versión castellana para adultos del TMMS-24 de Mayer y Salovey (Salovey et al., 1995), adaptada por Fernández-Berrocal et al. (2004), de 24 ítems. Estos 24 ítems evalúan tres dimensiones de inteligencia emocional: atención, claridad y reparación. Cada dimensión es evaluada por ocho indicadores. Administramos los 24 ítems y seleccionamos, siguiendo el procedimiento seguido con las anteriores escalas, hasta 12 ítems (cuatro por dimensión). En la subescala de atención emocional, el análisis factorial mostró un sólo factor con autovalor de 4,75 y explicando el 59,42% de la varianza. Cuando seleccionamos los cuatro ítems de mayor saturación factorial, el alfa de Cronbach encontrado fue de 0,86. En la subescala de claridad, se halló un factor con autovalor de 3,65 que explicaba hasta el 45,63%. Los cuatro ítems de mayor saturación presentaron una consistencia interna de alfa=0,75. Por último, el último análisis factorial realizado con la subescala de reparación ofreció dos factores, el primero de ellos, con un autovalor de 3,75 y un 46,82% de varianza explicada. De este primer factor seleccionamos los cuatro ítems que más saturaban, creando una escala final con un alfa de 0,87.

De esta manera, hemos creado una versión reducida del TMMS-24 para adolescentes con 12 ítems, midiendo con cuatro ítems cada una de las dimensiones, con subescalas de una notable consistencia interna.

En las tablas 10, 11 y 12 podemos ver los resultados de los análisis factoriales y los indicadores seleccionados destacados en negrita.

Tabla 10: Análisis factorial entre los ítems que miden atención emocional.

Variables	Saturación en factor 1
1. Presto mucha atención a los sentimientos.	,77
2. Normalmente me preocupo mucho por lo que siento.	,79
3. Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones.	,83
4. Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo.	,75
5. Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos.	,62
6. Pienso en mi estado de ánimo constantemente.	,73
7. A menudo pienso en mis sentimientos.	,82
8. Presto mucha atención a cómo me siento.	,83
KMO:0,901, Prueba de esfericidad: Chi-cuadrado: 765,753; sig. ,000; Autovalor: factor 1: 4,75 ; % varianza: 59,42% ; alfa de cronbach 0,86	

Tabla 11: Análisis factorial entre los ítems que miden claridad emocional.

Variables	Saturación en factor 1
9. Tengo claros mis sentimientos.	,64
10. Frecuentemente puedo definir mis sentimientos.	,68
11. Casi siempre sé cómo me siento.	,66
12. Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas.	,64
13. A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones.	,64
14. Siempre puedo decir cómo me siento.	,70
15. A veces puedo decir cuáles son mis emociones.	,72
16. Puedo llegar a comprender mis sentimientos.	,70
KMO:0,846, Prueba de esfericidad: Chi-cuadrado: 428,100; sig. ,000; Autovalor: factor 1: 3,65 ; % varianza: 45,63; fiabilidad alfa de cronbach 0,75	

Tabla 12: Análisis factorial entre los ítems que miden reparación emocional.

Variables	Saturación en factor 1	Saturación en factor 2
17. Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista.	,78	
18. Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables.	,88	
19. Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida.	,76	
20. Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal.	,86	
21. Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme.	,57	
22. Me preocupo por tener un buen estado de ánimo.		,58
23. Tengo mucha energía cuando me siento feliz.		,89
24. Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo.	,52	
KMO:0,866, Prueba de esfericidad: Chi-cuadrado: 530,601; sig. ,000; Autovalor: factor 1: 3,75 ; % varianza: 46,82; alfa de cronbach: 0,87		

Como prueba de la validez de estas escalas, se han realizado las correlaciones bivariadas entre las puntuaciones en cada una de las subescalas de estos tres instrumentos adaptados, y las escalas de satisfacción vital y de síntomas depresivos. Todas las correlaciones resultaron significativas, de manera que una mayor satisfacción vital se asocia a una menor rumiación depresiva, una mayor distracción, un mayor saboreo, una menor inhibición, una mayor atribución, una menor atención emocional, una mayor claridad emocional y una mayor reparación emocional. De forma opuesta, una mayor sintomatología depresiva está asociada a una mayor rumiación depresiva, una menor distracción, un menor saboreo, una mayor inhibición, una menor atribución, una mayor atención emocional, una menor claridad emocional y una menor reparación emocional. En la tabla 13 se ilustran estas correlaciones.

Tabla 13: Correlaciones entre las dimensiones de los nuevos instrumentos y las medidas de satisfacción vital y de síntomas depresivos.

	Satisfacción vital	Síntomas depresivos
Rumiación depresiva	-,29**	,31**
Distracción	,31**	-,42**
Saboreo	,33**	-,23**
Inhibición	-,40**	,58**
Atribución	,41**	-,40**
Atención emocional	-,23**	,42**
Claridad emocional	,36**	-,30**
Reparación emocional	,43**	-,48**

** p<0,01

2) Pilotaje de las escalas de clima familiar, construidas a partir del trabajo de Ortega y Triana (2002)

En segundo lugar, mostramos los resultados del estudio piloto realizado en 2001 por un equipo compuesto por la profesora Beatriz Triana e investigadores de la Universidad de Huelva (Ramón Mendoza y sus colaboradores), para pilotar y terminar de construir una escala de clima familiar concebida por dicha autora. La muestra empleada fue de 897 adolescentes de 10 a 22 años (47,2% chicos y 52,8% chicas), de 5º de primaria hasta 2º de bachillerato, procedentes de un total de 21 centros concertados y públicos de cinco comunidades autónomas. Tras la revisión de los contenidos evaluados, seleccionamos cinco ítems para evaluar la calidad en la relación con la madre, y otros cinco ítems para evaluar la calidad en la relación con el padre. Estos cinco ítems recogieron en cada subescala los mismos contenidos en la relación con el padre y con la madre.

Éstos fueron concretamente los contenidos seleccionados entre el conjunto de los enunciados formulados por la Prof. Triana: la facilidad para hablar, el sentirse bien

en su compañía, recibir muestras de apoyo, que el progenitor se preocupe cuando el adolescente tiene problemas, y la demostración afectiva de cariño. En el estudio piloto, los cinco ítems seleccionados para evaluar la calidad en la relación con la madre presentaron un alfa de Cronbach de 0,83, mientras que los cinco ítems seleccionados para evaluar la calidad en la relación con el padre presentaron un alfa de 0,83. En las tablas 14 y 15 figuran las correlaciones entre los ítems seleccionados en ambas escalas.

Tabla 14: Correlaciones entre los ítems que componen la escala de calidad en la relación con el padre, en el estudio piloto.

	1	2	3	4	5
Mi padre me anima y apoya en las cosas que hago.	1				
Me siento bien cuando estoy con mi padre.	,543	1			
Mi padre me demuestra que me quiere (me lo dice, me abraza, hace cosas para agradarme).	,606	,566	1		
Me es fácil hablar con mi padre.	,415	,488	,420	1	
Mi padre se preocupa por mí cuando tengo problemas.	,588	,557	,533	,424	1
Todas las correlaciones son significativas a $p < 0,01$					

Tabla 15: Correlaciones entre los ítems que componen la escala de calidad en la relación con la madre, en el estudio piloto.

	1	2	3	4	5
Mi madre me anima y apoya en las cosas que hago.	1				
Me siento bien cuando estoy con mi madre.	,494	1			
Mi madre me demuestra que me quiere (me lo dice, me abraza, hace cosas para agradarme).	,553	,537	1		
Me es fácil hablar con mi madre.	,485	,548	,481	1	
Mi madre se preocupa por mí cuando tengo problemas.	,525	,549	,510	,449	1
Todas las correlaciones son significativas a $p < 0,01$					

3) Estudio piloto final

En tercer lugar, se llevó a cabo un estudio piloto con el resto de escalas e ítems a emplear en el instrumento. La muestra empleada fue de 266 participantes (57,1% chicos, frente al 42,9% chicas), de 12 a 17 años, de los cuatro cursos de Educación Secundaria. Los alumnos procedían de dos centros concertados y uno público, de diverso hábitat (dos urbanos y uno rural). El instrumento mostró buenas propiedades psicométricas y todos los ítems mostraron una adecuada distribución de frecuencias entre sus opciones de respuesta. En el pilotaje de las escalas, la escala de satisfacción vital presentó una fiabilidad de $\alpha = 0,88$, mientras que en este pilotaje final presentó una fiabilidad 0,86. La escala de síntomas depresivos presentó una fiabilidad de $\alpha = 0,71$, frente al valor de $\alpha = 0,80$ encontrado en el pilotaje inicial de las escalas. La escala autoestima presentó también una adecuada fiabilidad, con un valor α de 0,81.

Al final del instrumento se incluyeron un par de cuestiones cerradas y hasta tres abiertas. En las dos preguntas cerradas tras el enunciado "El cuestionario te ha resultado:" se presentan tres opciones en la primera (largo, corto y aceptable) y otras tres en la segunda (interesante, aburrido y aceptable). Dos terceras partes de la muestra encontró el cuestionario corto o aceptable, y menos del 5% lo encontró aburrido. Además, se ofrecen tres cuestiones abiertas: "¿Hay alguna pregunta que te ha molestado? Indica cuál o cuáles y por qué", "¿Hay alguna pregunta que te ha resultado confusa? Indica cuál o cuáles, por favor.", y "¿Quieres añadir alguna observación?" Tras analizar las respuestas a estas preguntas abiertas, comprobamos que el cuestionario no resultó ni molesto ni confuso.

4) Evaluación del instrumento tras los trabajos de campo de las dos oleadas del estudio longitudinal

Posteriormente, en las dos oleadas del estudio se incluyeron las mismas cuestiones cerradas descritas al final del apartado anterior y tres abiertas para que los participantes evaluaran el instrumento. Tanto en la oleada primera como en la oleada segunda a la mayor parte del alumnado les resultó el cuestionario corto o aceptable (el 64,1% en la oleada primera, y el 54,2% en la oleada segunda). Por otra parte, al 92,1%

de los participantes les resultó interesante o aceptable el instrumento en la oleada 1, y al 88% en la oleada 2.

Se incluyeron además las mismas cuestiones abiertas descritas anteriormente. A nivel general, el instrumento no resultó ni molesto ni confuso, y, entre las observaciones, los alumnos y alumnas resaltaron lo interesante del estudio. Por indicar algunos comentarios muy excepcionales, destacamos la molestia encontrada en algunas chicas al responder a la cuestión de la edad a la que tuvo la primera menstruación, o en algunos chicos y chicas al responder a preguntas sobre el consumo de alcohol y otras drogas. En todo caso, estos comentarios fueron muy particulares, y la muestra general no encontró problema alguno en cumplimentar el cuestionario en ninguna de las dos oleadas.

2.4. Preparación del trabajo de campo y procedimiento de recogida de datos

La selección de variables e instrumentos se llevó a cabo en los meses de octubre y noviembre de 2010. En ese mismo período fue diseñado el tipo de muestra a encuestar. En diciembre y enero se realizaron los primeros contactos y las primeras reuniones con diversos centros docentes para presentarles el estudio. En el mes de febrero de 2011 se pilotaron tres escalas: la escala de respuestas rumiativas, la escala de respuestas al afecto positivo y la escala de inteligencia emocional. Paralelamente se realizaron los análisis para la creación de las escalas de calidad en la relación parentofilial, partiendo de los datos del estudio previo realizado por B. Triana, R. Mendoza y sus colaboradores en 2001. En marzo de 2011 se efectuó el estudio piloto del resto del instrumento. Tras estos dos pilotajes satisfactorios, que ya han sido descritos con detalle, se llevó a cabo el trabajo de campo.

Tras reuniones y contactos telefónicos se distribuyeron los centros a visitar durante los meses de abril y mayo de 2011, procurando que cada centro quedara evaluado en una sola jornada escolar. En estas mismas reuniones se eligieron al azar las líneas a evaluar en cada centro. Así, tras concretar las fechas de las visitas, se realizó el proceso de recogida de datos.

Los instrumentos fueron administrados a los alumnos y alumnas en sus respectivas aulas de clase, en el día concertado con los orientadores de los diferentes centros docentes.

En las aulas, los alumnos se encontraban con el profesor correspondiente a la hora y el doctorando, o bien un colaborador, para asistir a los alumnos o alumnas ante cualquier dificultad que se encontraran al llevar a cabo la tarea. Además, se realizó verbalmente una introducción inicial de presentación del estudio, sin inducir de ninguna manera respuesta alguna, y favoreciendo un clima de calidez y confianza. Las instrucciones seguidas son adjuntadas en el Apéndice 2.

Se llevo a cabo la aplicación colectiva del instrumento a los sujetos, que, en silencio y de forma individual, anónima y voluntaria, cumplieron con bolígrafo los autoinformes. Tras responder al respectivo cuestionario, lo introdujeron en un sobre que ellos mismos cerraban, antes de entregárselo al doctorando o al colaborador. Por lo general, los alumnos tardaron entre 20 y 40 minutos en cumplimentarlo, por lo que no tuvieron problema alguno en realizar la tarea en el tiempo de duración de una clase ordinaria.

A pesar de la voluntariedad de la tarea, ningún alumno rechazó participar en el estudio, y las omisiones en general fueron muy bajas, por debajo del 0,5% en los diversos ítems del instrumento.

Durante el verano de 2011 se realizó la grabación de los datos de la primera oleada y se preparó la correspondiente matriz de datos. La codificación de los datos se llevó a cabo en el paquete estadístico SPSS 21.0. Los primeros cálculos sirvieron, entre otros fines, para evaluar la idoneidad del instrumento definitivo, en diversos aspectos ya comentados. Para ello, se realizaron diversos controles de calidad y se procedió a la detección y corrección de anomalías, siempre que hubiera una base lógica para hacerlo. Ya en el mes de septiembre se calcularon las variables y se realizaron las recodificaciones oportunas. En concreto, se recodificaron los ítems redactados de forma inversa y se calcularon las puntuaciones de las escalas.

Por otro lado, en esta oleada primera se asignó un código a cada participante, de cara al seguimiento en la siguiente evaluación al año. Este código se formó a partir del número de centro (los 19 centros fueron numerados del 1 al 19), el día, mes y año de nacimiento, y el sexo.

En marzo de 2012 se mantuvieron con los centros nuevas reuniones para concretar las fechas del trabajo de campo de la segunda oleada del estudio. Así, un año después de las primeras evaluaciones, en los meses de abril y mayo de 2012, se efectuó la recogida de datos de la oleada 2.

En esta segunda oleada, en la que se pretendía volver a evaluar a los mismos sujetos, se pidió a los centros colaboración para mantener la muestra del estudio, sin poner en peligro el carácter anónimo del cuestionario ni el normal funcionamiento del centro. Así, los alumnos participantes fueron recuperados aunque estuvieran en otras líneas, evaluando más líneas por curso cuando fue necesario.

En los meses de junio y julio de 2012 se codificaron las respuestas en una nueva base de datos, y se realizaron los mismos cálculos y recodificaciones que en la oleada 1. La matriz de datos conjunta del estudio longitudinal fue creada en el mes de septiembre de 2012. El seguimiento de los alumnos fue posible gracias al código asignado. En caso de coincidencias, se revisaron normalmente los cuestionarios dudosos y se decidió en función de la estructura familiar y el tipo de letra mostrada en las cuestiones abiertas.

2.5. Consideraciones éticas

El presente estudio respeta todos los principios incluidos en la Declaración de Helsinki (World Health Organization, 2008). Los adolescentes participaron en el estudio de forma completamente voluntaria, sin ningún tipo de coacción ni por parte de los organizadores del estudio ni por parte del profesorado.

Todos los estudiantes fueron informados previamente de manera verbal de las características de la encuesta, con información también presente en la primera página del cuestionario. El alumnado decidió participar libremente en el estudio, y pudo abandonar en cualquier momento la realización de la tarea si así lo hubiera considerado. Por otro lado, se les pidió a los alumnos que, por favor, no indicaran el nombre ni ningún dato que pudiera identificarles. De esta manera, la realización del estudio respetó el anonimato de los participantes y no se les pidió ningún tipo de información que pudiera identificarles. El código creado para el seguimiento permitió identificar qué cuestionarios de ambas oleadas pertenecen a un mismo sujeto, pero en ningún caso la localización de los sujetos concretos.

Además, se informó de que, bajo ningún concepto, se realizarían análisis individuales de los datos, sino sólo estadísticas colectivas, y de que la información recogida nunca sería devuelta de forma individualizada a las familias o a las escuelas. Los estudiantes dieron respuesta a los enunciados presentes en el instrumento en su propia aula de clase, durante el horario habitual, en compañía del resto de sus compañeros, pero de forma independiente y secreta. Tras cumplimentar las encuestas, los propios alumnos introdujeron el instrumento en un sobre y lo cerraron. Los sobres fueron abiertos por el equipo investigador en el proceso de grabación de datos de las encuestas. Una vez codificadas, todas las encuestas fueron debidamente almacenadas y protegidas en las instalaciones del equipo investigador.

Finalmente, tenemos que señalar que ninguna de las cuestiones incluidas en el instrumento genera ningún tipo de molestia en el adolescente, como fue demostrado en los varios estudios piloto y se ha comprobado en otros estudios con similar procedimiento de recogida de datos realizados en nuestro país y en nuestra comunidad autónoma (Mendoza et al., 1994; Mendoza et al., 2005). Todos los ítems fueron redactados de forma cuidadosa y sin inducir sesgo alguno en las respuestas.

2.6. Diseño de análisis de datos

Estadísticos descriptivos

Para analizar el cambio que se produce en los niveles de satisfacción vital y de síntomas depresivos resultantes de las evaluaciones realizadas en la oleada 1 y en la oleada 2, separadas por un año, se han realizado análisis de varianza (ANOVA) de medidas repetidas (MR). Estos análisis se emplean para estudiar el efecto de uno o más factores cuando al menos uno de ellos es un factor intra-sujetos, o factor con medidas repetidas, que se caracteriza por que todos los niveles del factor se aplican a los mismos sujetos. En este estudio, la satisfacción vital y los síntomas depresivos son utilizados en el análisis como factores intra-sujetos, ya que los mismos sujetos son evaluados en las dos oleadas en cada uno de estos factores. En primer lugar abordamos el estudio del cambio en los niveles de satisfacción vital, y en un segundo momento, los cambios en los niveles de síntomas depresivos.

En estos análisis se prestará atención, en los efectos intrasujetos, al valor del estadístico F y al valor de significación asociado. Además, la η^2 parcial nos informa del porcentaje de varianza explicada por el factor. Al encontrarse diferencias significativas, los estadísticos descriptivos nos informan de las medias en cada una de las oleadas, para poder así interpretar la dirección del cambio que produce en los niveles de la variable intra-sujetos estudiada, ya sea la satisfacción vital o los síntomas depresivos.

En los modelos de MR es necesario suponer que las varianzas de las diferencias entre cada dos niveles del factor de MR son iguales, es decir, que la matriz de varianzas-covarianzas es circular o esférica (Winer, Brown y Michels, 1991). En estos ANOVA de MR no es necesario atender a la prueba de esfericidad de Mauchly, dado que cada una de las variables intra-sujetos tan sólo consta de dos niveles, y por ello sólo existe una covarianza que, obviamente, es igual a sí misma.

Por otra parte, se estudió el efecto del sexo, la edad y el curso académico en el cambio en los niveles de satisfacción vital y de sintomatología depresiva. Estos tres

factores son estudiados como factores inter-sujetos, ya que a cada nivel de estos factores le corresponde un grupo diferente de sujetos. Así, los chicos formarán parte del grupo de los chicos, o los adolescentes de 1º de ESO formarán parte del grupo de 1º de ESO. En un primer momento, tras el estudio del cambio en los niveles de satisfacción vital analizaremos el efecto de estas variables inter-sujetos en la satisfacción vital; y posteriormente, tras el estudio del cambio en los niveles de síntomas depresivos, estudiaremos el efecto de las variables inter-sujeto en los síntomas depresivos.

En estos modelos de dos factores con MR en un factor se ha empleado como variable intra-sujetos la satisfacción vital o los síntomas depresivos, y como variable inter-sujetos cada una de estas variables de tipo sociodemográfico.

En estos análisis atenderemos a la posible interacción entre la variable intra-sujetos y las variables inter-sujetos, para estudiar si alguna de estas variables sociodemográficas tiene su efecto en el cambio en los niveles de satisfacción vital o de síntomas depresivos. Los efectos inter-sujetos nos muestran el efecto de cada una de estas variables sociodemográficas. Así, un efecto significativo de una variable inter-sujeto supone que los niveles de satisfacción vital o de sintomatología depresiva son diferentes en los distintos niveles de dichas variables inter-sujetos. En estos análisis atenderemos al valor del estadístico F y a la significación asociada, además del valor de η^2 parcial, que nos informa del poder explicativo del factor.

Además, estudiaremos el posible efecto de interacción de las variables inter-sujeto en la explicación de la satisfacción vital y de los síntomas depresivos, como la interacción del sexo x curso, el sexo x edad, o la edad x curso.

Análisis de varianza de factores explicativos

Para analizar qué factores explican la satisfacción vital y los síntomas depresivos, volvemos a realizar análisis de varianza de medidas repetidas (ANOVA de MR). Los análisis que llevaremos a cabo serán de dos factores, con medidas repetidas en uno de ellos.

En un primer momento, realizamos ANOVA's de MR, tomando con factor intra-sujetos la satisfacción vital, y como variables inter-sujetos o covariables el resto de variables que esperamos que presenten poder explicativo. Las variables inter-sujeto, en el presente estudio, son de tipo categórico, en las que el sujeto ha de seleccionar una de las posibles opciones de respuesta que se le plantean en cada ítem. Las covariables, en el presente estudio, son variables de tipo cuantitativo, que suelen ser resultado de la suma de ítems en escalas de tipo Likert.

Estas variables son clasificadas en distintas áreas temáticas: nivel sociocultural y socioeconómico, familia, escuela, iguales, características psicológicas, hábitos de sueño, actividad físico-deportiva, consumo de sustancias, y salud física y cambios puberales. A continuación detallamos las variables contenidas en cada una de estas áreas temáticas, indicando en letra cursiva las covariables:

A) Características socioculturales y socioeconómicas: nivel de estudios del padre, nivel de estudios de la madre, situación laboral del padre, situación laboral de la madre, profesión del padre, profesión de la madre, y creencias religiosas.

B) Relaciones familiares: actividades en familia en el fin de semana, apoyo parental en cuestiones educativas, calidad en la relación con el padre, calidad en la relación con la madre, colaboración en tareas domésticas, estructura familiar, y dinero de bolsillo.

C) Vida escolar: satisfacción escolar, rendimiento académico percibido, presión escolar, tiempo de deberes, expectativas académicas, absentismo escolar, repetición de curso, exclusión escolar, acoso escolar sufrido y acoso escolar ejercido.

D) Relaciones con los iguales: facilidad para hacer amigos, número de amigos, número de tardes con los amigos a la semana, tener pareja, y resistencia a la presión grupal.

E) Autopercepción, rumiación e inteligencia emocional: satisfacción corporal, autoestima, estilos de respuesta ante afecto negativo (rumiación depresiva y

distracción), estilos de respuesta ante afecto positivo (saboreo, inhibición y atribución), inteligencia emocional (atención emocional, claridad emocional y reparación emocional).

F) Hábitos de sueño: hora de acostarse entre semana, hora de levantarse entre semana, hora de acostarse en la noche del viernes, hora de levantarse en la mañana del sábado y cansancio matinal.

G) Actividad físico-deportiva: práctica de deporte extraescolar y práctica de ejercicio físico.

H) Sustancias: frecuencia en el consumo de cerveza, frecuencia en el consumo de vino, frecuencia en el consumo de licores, frecuencia de embriaguez, frecuencia de participación en el botellón, consumo de alcohol en el botellón, frecuencia de consumo de tabaco, frecuencia de consumo de drogas, y frecuencia de consumo de drogas en el último mes.

I) Salud física y cambios puberales: salud percibida, peso, altura, menarquía y edad de menarquía.

Estos análisis de varianza de medidas repetidas los realizaremos, por un lado, tomando la muestra completa, y por otro, segmentando la muestra por sexo. Los análisis de varianza nos ofrecerán tres tipos de efectos cuya significación y potencia serán tenidos en cuenta: el efecto de la variable MR, el efecto de la variable intersujeto o de la covariable, y la interacción. Cuando el efecto intrasujeto de la variable de MR resulta significativo, ello supone que la variación entre la satisfacción vital (o, en su caso, la sintomatología depresiva) en ambas oleadas alcanza significación estadística. Cuando el efecto intersujeto o covariable presenta efecto significativo quiere decir que esta variable tiene poder explicativo de las puntuaciones en satisfacción vital. Finalmente, si la interacción resulta significativa supone que la variación en los niveles de satisfacción vital entre ambas oleadas no es la misma entre los distintos niveles de la variable categórica intersujetos o según la puntuación en la covariable. Para describir el poder explicativo de cada uno de los efectos, ofrecemos el valor de η^2 parcial, que presenta

un valor entre 0 y 1, y se traduce como el porcentaje de varianza explicada de la variable objeto de estudio (en este caso, la satisfacción vital).

Los mismos análisis serán también realizados tomando como variable intrasujetos o de MR los síntomas depresivos.

Finalmente, además, ofreceremos tablas que a modo de resumen presenten el poder explicativo de cada una de las variables intersujetos o covariables (ordenadas por dimensiones), postuladas como explicativas de la satisfacción vital y/o de los síntomas depresivos.

Modelos de ecuaciones estructurales

Los modelos de ecuaciones estructurales son modelos estadísticos multivariantes confirmatorios que permiten estimar el efecto y las relaciones múltiples entre variables, permitiendo proponer el tipo y dirección de las relaciones que se espera encontrar, para después estimar los parámetros (Batista-Foguet y Coenders, 2000; Batista-Foguet, Coenders y Alonso, 2004; Coenders, Batista-Foguet y Saris, 2005; Jöreskog, 1973; Ruiz et al., 2010). También se denominan modelos confirmatorios, ya que el interés fundamental es "confirmar" mediante el análisis de la muestra las relaciones propuestas.

Las grandes ventajas de estos modelos son, siguiendo a Batista-Foguet y Coenders (2000): 1) trabajar con constructos, que se miden a través de indicadores; 2) considerar los fenómenos en su verdadera complejidad, abandonando la perspectiva uni y bivalente e incorporando múltiples variables; 3) considerar conjuntamente medida y predicción; 4) introducir la perspectiva confirmatoria en el modelado estadístico, y 5) descomponer las covarianzas observadas y no sólo las varianzas, dentro de una perspectiva del análisis de la interdependencia. Todas estas características resultan de elevada pertinencia para los modelos que queremos plantear. Además, el tamaño muestral con el que contamos viene a ser más que suficiente para asumir la distribución normal de las variables y realizar los modelos de ecuaciones estructurales (Batista-Foguet y Coenders, 2000; Ruiz et al., 2010).

En el caso de los modelos explicativos de la satisfacción vital, el diseño de estos modelos comenzará por construir un primer modelo que consiste en una hipotética relación causal entre la satisfacción vital en la oleada 1 (SV1) y la satisfacción vital en la oleada 2 (SV2). Estos modelos se construirán de forma separada para chicos y para chicas, para así analizar las posibles diferencias de género en las dimensiones explicativas. Posteriormente, se incluirán dimensiones compuestas por variables que hayan mostrado un efecto significativo en los análisis de varianza anteriores, y su previsible vinculación con la SV esté apoyada o sugerida por la revisión teórica y de estudios empíricos realizados. Igualmente, se realizarán los modelos explicativos con la muestra de los chicos y con la muestra de las chicas de forma separada. A estas dimensiones o variables latentes que se añaden a la relación causal se les asignará en el modelo propuesto una relación bidireccional con la SV1, ya que ambas fueron evaluadas en la oleada 1. Además, esta dimensión presentaría una relación causal explicando la SV2. Así, la SV2 sería explicada por el efecto de dos variables: la SV1 y la dimensión en cuestión.

Las variables latentes de SV estarán formadas por sus respectivos 5 ítems. A su vez, cada una de las dimensiones incluidas en el análisis está compuesta por varios indicadores o variables observables, que son los ítems componentes de la escala que mida dicho constructo o algunos indicadores que mostraron poder explicativo en los análisis de varianza.

En un primer momento comprobaremos la validez factorial de la escala de SV tanto en la oleada 1 como en la oleada 2. Si los análisis factoriales confirmatorios nos presentan resultados que indican un buen ajuste de los modelos a los datos, seguiremos con la construcción de los modelos más complejos.

En un segundo momento, comprobaremos el ajuste del modelo que representa la relación causal entre la satisfacción vital en la oleada 1 y la satisfacción vital en la oleada 2 (SV1 -> SV2). Tras comprobarse un adecuado ajuste, incluiremos otras dimensiones explicativas en base a esta relación causal inicial y teniendo en cuenta la revisión teórica y los resultados ofrecidos por los ANOVA's.

En cada modelo atenderemos a la relación que manifiestan los indicadores observables con su dimensión, analizando el valor de sus pendientes, el valor de R^2 o el porcentaje de varianza del indicador explicado por la dimensión. Además, prestaremos atención a las ecuaciones de medida de los ítems y al valor de los residuos estandarizados.

A continuación analizaremos la relación que mantiene la dimensión añadida con las dimensiones de SV1 y SV2, comprobando el signo e intensidad de la relación, así como su significación estadística. Además, en cada uno de los modelos que se someten a análisis presentaremos varios índices de ajuste (Batista-Foguet y Coenders, 2000; Coenders et al., 2005). Normalmente se emplean varios de estos estadísticos, ya que ninguno aporta toda la información necesaria (Ullman, 2006). Entre los estadísticos que valoran el ajuste absoluto, tenemos el estadístico χ^2 , que contrasta la hipótesis nula de que todos los errores del modelo son nulos, por lo que interesa mantener dicha hipótesis con la muestra utilizada (significación por $>0,05$). No obstante, dicho estadístico es muy sensible al tamaño muestral y con muestras grandes (más de 200 participantes, como el presente estudio) es relativamente fácil rechazar la hipótesis nula cuando el modelo de hecho consigue un buen ajuste. Así, presentaremos la razón entre el valor de χ^2 y los grados de libertad, que nos mostrará un buen ajuste cuando presente un valor menor que 3.

Aparte de estos estadísticos de ajuste absoluto, presentamos otros estadísticos como el índice de bondad de ajuste comparativo (CFI), que compara el ajuste respecto a otro modelo de peor ajuste, y el índice RMSEA, o raíz del residuo cuadrático promedio de aproximación, que nos indicará un buen ajuste con valores inferiores a 0,08. También presentaremos los valores del intervalo de confianza del 90% de RMSEA (un extremo inferior por encima de 0,05 conduce a rechazar la hipótesis de ajuste aceptable).

Finalmente, presentamos la representación gráfica del modelo, la ecuación que resume el modelo y el porcentaje de varianza de la SV2 que es explicada por la SV1 y la nueva dimensión añadida.

En la representación gráfica se incluirán los parámetros estandarizados o betas de la relación entre las variables. El signo de este valor indica asimismo la dirección de la relación. Estos valores compondrán la ecuación explicativa de la SV2, que tendrá este formato:

$$SV2 = \beta * SV1 + \beta' * \text{Dimensión} + \text{Error}$$

Esta ecuación además incluye el error de medida de la SV2, también incluido en el modelo gráfico. A esta ecuación va asociado además un valor de R^2 , que nos informa del poder explicativo del modelo. Este valor de R^2 tomará como referencia el valor presentado en el modelo de la relación causal SV1-> SV2 y nos mostrará cuan explicativa es la nueva dimensión incluida.

En los casos en los que no se obtenga un buen ajuste global del modelo, se puede llevar a cabo la modificación del modelo (Batista-Foguet y Coenders, 2000; Batista-Foguet et al., 2004). El proceso de modificación del modelo viene guiado por el contraste de los multiplicadores de Lagrange y el contraste de Wald. El primero refiere la significación de parámetros que no han sido incluidos en el modelo, mientras que el segundo comprueba la significación de los parámetros incluidos. En cualquier caso, las modificaciones que se introduzcan serán siempre plausibles desde un punto de vista teórico y se llevarán a cabo de manera secuencial (Batista-Foguet et al., 2004).

Del mismo modo que con los modelos de la satisfacción vital, procedemos con aquellos de los síntomas depresivos, partiendo del análisis factorial confirmatorio de la escala de síntomas depresivos en la oleada 1 y de la escala de síntomas depresivos en la oleada 2.

Emplearemos el paquete estadístico EQS 6.1 para llevar a cabo estos análisis.

3. RESULTADOS

3. RESULTADOS

3.1. Estadísticos descriptivos

3.1.1. Satisfacción vital

En la tabla 16 mostramos la media y la desviación típica de las puntuaciones en satisfacción vital en cada una de las dos oleadas (T1 y T2), según el curso inicial y la edad. A continuación, presentamos dos tablas en las que mostramos la media y la desviación típica de la satisfacción vital en cada oleada, por curso y edad, primero en los chicos (ver tabla 17) y después en las chicas (ver tabla 18).

Tabla 16: Estadísticos descriptivos de la satisfacción vital en los tiempos 1 y 2, según el curso y la edad iniciales.

Curso inicial	Edad	N	Satisfacción Vital T1		Satisfacción Vital T2	
			Media	DT	Media	DT
1º ESO	13 años	178	19,41	4,35	18,30	4,54
	14 años	138	18,92	4,56	18,38	4,72
	15 años	25	18,84	5,04	18,80	4,13
	16 años	4	14,50	3,87	14,50	2,89
	Total	345	19,12	4,50	18,32	4,58
2º ESO	13 años	1	24		20	
	14 años	202	19,13	4,17	18,34	4,07
	15 años	119	17,92	4,73	17,72	4,92
	16 años	22	16,64	4,38	18	3,07
	17 años	3	15,33	3,21	15	2,65
	Total	347	18,54	4,44	18,37	4,35
Total	13 años	179	19,44	4,35	18,31	4,53
	14 años	340	19,04	4,33	18,65	4,35
	15 años	144	18,08	4,78	17,91	4,80
	16 años	26	16,31	4,31	17,46	3,25
	17 años	3	15,33	3,21	15	2,65
	Total	692	18,83	4,48	18,35	4,46

Tabla 17: Estadísticos descriptivos de la satisfacción vital en los tiempos 1 y 2, en chicos, según el curso y la edad iniciales.

Curso inicial	Edad	N	Satisfacción Vital T1		Satisfacción Vital T2	
			Media	DT	Media	DT
1º ESO	13 años	81	19,12	4,51	18,20	4,58
	14 años	63	18,68	4,75	18,30	4,70
	15 años	15	18,40	5,38	19,40	4,40
	16 años	1	19		18	
	Total	160	18,88	4,65	18,35	4,58
2º ESO	13 años	1	24		20	
	14 años	105	19,59	3,77	19,66	3,69
	15 años	62	17,98	4,99	17,90	5,17
	16 años	10	17,10	5,49	17,90	3,14
	17 años	1	13		18	
	Total	179	18,88	4,41	18,94	4,29
Total	13 años	82	19,18	4,51	18,22	4,56
	14 años	168	19,25	4,18	19,15	4,14
	15 años	77	18,06	5,03	18,19	5,04
	16 años	11	17,27	5,24	17,91	2,98
	17 años	1	13		18	
	Total	339	18,88	4,52	18,66	4,43

Tabla 18: Estadísticos descriptivos de la satisfacción vital en los tiempos 1 y 2, en chicas, según el curso y la edad iniciales.

Curso inicial	Edad	N	Satisfacción Vital T1		Satisfacción Vital T2	
			Media	DT	Media	DT
1º ESO	13 años	97	19,65	4,22	18,38	4,52
	14 años	75	19,12	4,42	18,45	4,78
	15 años	10	19,50	4,67	17,90	3,73
	16 años	3	13	3	13,33	2,08
	Total	185	19,32	4,36	18,30	4,58
2º ESO	14 años	97	18,63	4,53	17,95	4,30
	15 años	57	17,84	4,48	17,53	4,67
	16 años	12	16,25	3,41	18,08	3,15
	17 años	2	16,50	3,53	13,50	0,71
	Total	168	18,17	4,45	17,76	4,34
Total	13 años	97	19,65	4,22	18,38	4,52
	14 años	172	18,84	4,48	18,17	4,51
	15 años	67	18,09	4,51	17,58	4,52
	16 años	15	15,60	3,50	17,13	3,50
	17 años	2	16,50	3,53	13,50	0,71
	Total	353	18,77	4,44	18,04	4,47

Siguiendo el plan de análisis previsto, en primer lugar, se han analizado las diferencias en satisfacción vital entre la oleada 1 y la oleada 2. Los resultados del ANOVA de medidas repetidas muestran que la satisfacción vital presenta un efecto intrasujeto significativo. La media en satisfacción vital desciende de forma significativa desde 18,82 de la oleada 1 a 18,35 de la oleada 2 ($F=7,02$, $p<0,01$, η^2 parcial= 0,01).

En segundo lugar, se han estudiado las diferencias por edad, sexo y curso en las puntuaciones en satisfacción vital. Se han encontrado efectos significativos en la variable intersujeto edad, cuando se ha llevado a cabo un análisis de varianza de medidas repetidas en la satisfacción vital ($F= 3,52$, $p<0,01$, η^2 parcial= 0,02).

En la figura 1 podemos observar que en ambas oleadas se presentan diferencias significativas en función de la edad. Los grupos de mayor edad presentan una menor satisfacción vital que los grupos de menor edad. Así, por ejemplo, la media en satisfacción vital en la oleada 1 es de 19,44 en el grupo de 13 años y de 18,07 en el grupo de 15 años. Los grupos de chicos y chicas de mayor edad (16 y 17 años) son los que presentan las medias más bajas, si bien son el segmento de la muestra más pequeño, al tratarse de una muestra de alumnado de secundaria.

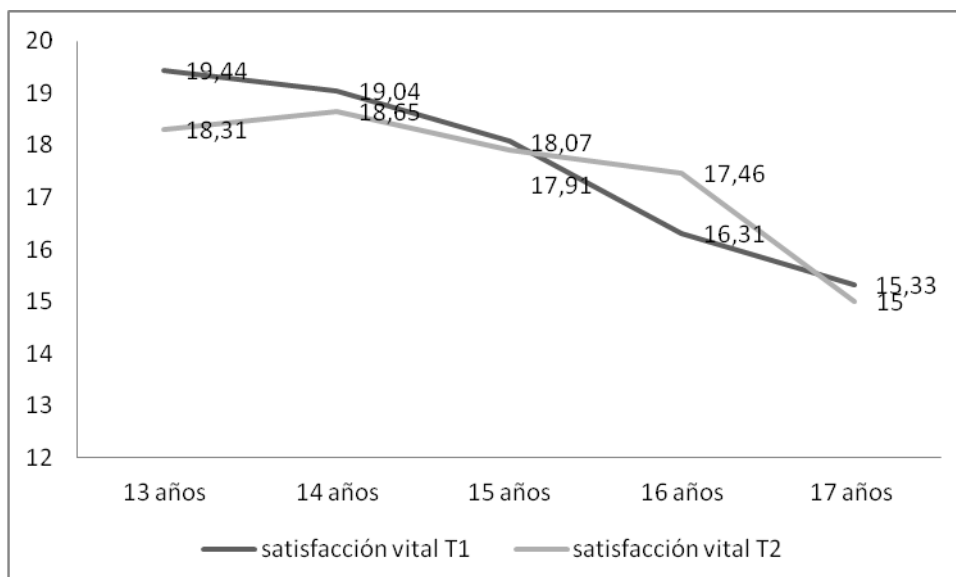


Figura 1: Medias en satisfacción vital en la oleada 1 y en la oleada 2, por edad.

Finalmente, en un posterior análisis de varianza de medidas repetidas en la satisfacción vital, se ha empleado como variables intersujeto el sexo y el curso. Los resultados muestran que la interacción sexo x curso presentan efecto intersujeto significativo en las puntuaciones en satisfacción vital ($F=3,95$, $p<0,05$, η^2 parcial=0,01).

En la figura 2 podemos ver que entre el alumnado que comienza el estudio en 1º de ESO, las chicas empiezan presentando una mayor satisfacción vital (19,32 frente a 18,88 de los chicos) en la oleada 1, pero se igualan a los chicos en la oleada 2 (18,30 frente a 18,35 de los chicos). En cambio, entre el alumnado que inició el estudio estando en 2º de ESO, los chicos presentan siempre mayor satisfacción vital que las chicas, presentando una media de 18,88 en la oleada 1 y de 18,94 en la oleada 2 (ver figura 3). Las chicas, disminuyen su media desde la oleada 1 (18,17) a la oleada 2 (17,76).

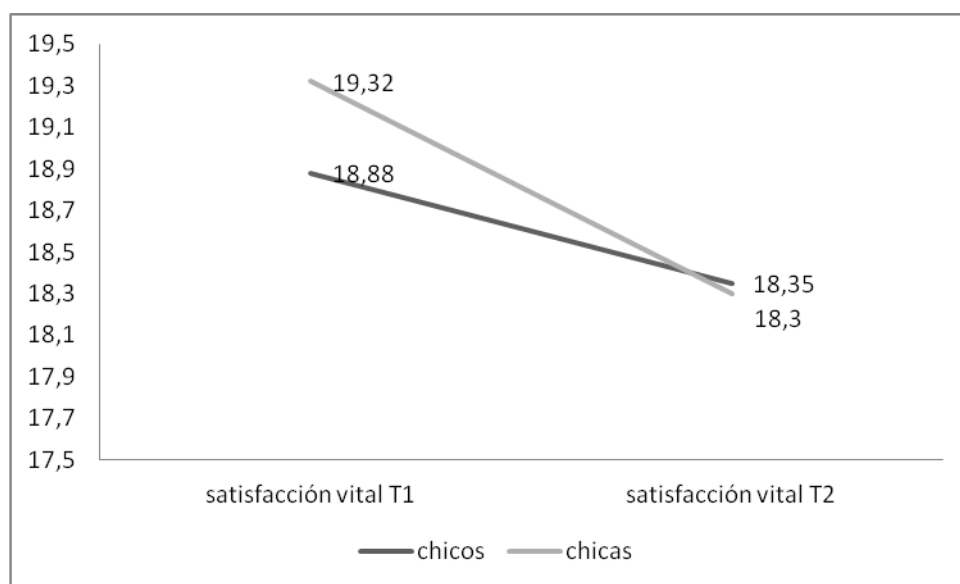


Figura 2: Medias en satisfacción vital en la oleada 1 y en la oleada 2, entre el alumnado inicialmente en 1º de ESO, por sexo.

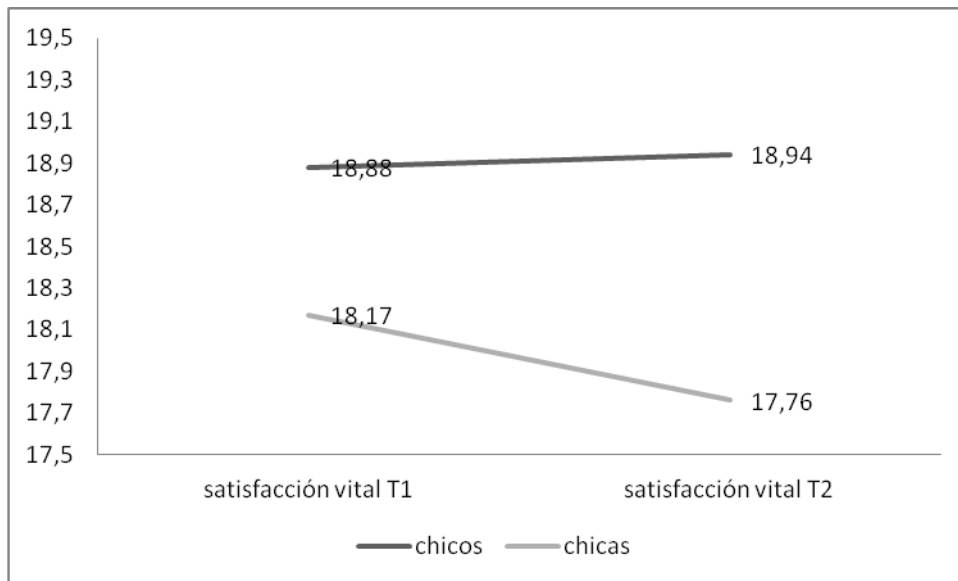


Figura 3: Medias en satisfacción vital en la oleada 1 y en la oleada 2, entre el alumnado inicialmente en 2º de ESO, por sexo.

3.1.2. Síntomas depresivos

En la tabla 19 se detallan la media y la desviación típica de los síntomas depresivos en cada una de las dos oleadas, por curso y edad. A continuación, se muestran los mismos estadísticos en los chicos (ver tabla 20) y en las chicas (ver tabla 21).

Tabla 19: Estadísticos descriptivos de los síntomas depresivos en los tiempos 1 y 2, según el curso y la edad iniciales.

Curso inicial	Edad	N	Síntomas depresivos T1		Síntomas depresivos T2	
			Media	DT	Media	DT
1º ESO	13 años	172	3,41	2,65	3,55	2,73
	14 años	129	3,41	3,25	3,53	2,93
	15 años	22	3,54	1,99	4,18	2,30
	16 años	5	6,60	3,85	4	1,41
	Total	328	3,47	2,90	3,59	2,76
2º ESO	13 años	1	3		4	
	14 años	190	3,37	2,59	3,69	2,77
	15 años	115	3,75	3,00	4,06	3,35
	16 años	21	3,29	2,19	3,81	2,25
	17 años	3	3,67	1,15	6,33	2,08
	Total	330	3,50	2,70	3,85	2,95
Total	13 años	173	3,40	2,64	3,55	2,72
	14 años	319	3,39	2,87	3,62	2,83
	15 años	137	3,71	2,85	4,08	3,20
	16 años	26	3,92	2,83	3,85	2,09
	17 años	3	3,67	1,15	6,33	2,08
	Total	658	3,48	2,80	3,72	2,86

Tabla 20: Estadísticos descriptivos de los síntomas depresivos en los tiempos 1 y 2, en chicos, según el curso y la edad iniciales.

Curso inicial	Edad	N	Síntomas depresivos T1		Síntomas depresivos T2	
			Media	DT	Media	DT
1º ESO	13 años	75	3,32	2,99	3,31	2,83
	14 años	54	3,09	2,99	3,31	2,83
	15 años	12	3	1,95	3,75	2,56
	16 años	2	3	1,41	4	1,41
	Total	142	3,2	2,89	3,36	2,78
2º ESO	13 años	1	3		4	
	14 años	97	2,91	2,40	3,15	2,78
	15 años	58	8,91	2,82	3,14	2,55
	16 años	10	3,40	2,59	3,80	2,48
	17 años	1	5		4	
	Total	167	2,95	2,54	3,20	2,66
Total	13 años	75	3,32	2,97	3,32	2,81
	14 años	151	2,97	2,62	3,21	2,79
	15 años	70	2,93	2,68	3,24	2,54
	16 años	12	3,33	2,39	3,83	2,29
	17 años	1	5		4	
	Total	309	3,07	2,70	3,27	2,71

Tabla 21: Estadísticos descriptivos de los síntomas depresivos en los tiempos 1 y 2, en chicas, según el curso y la edad iniciales.

Curso inicial	Edad	N	Síntomas depresivos T1		Síntomas depresivos T2	
			Media	DT	Media	DT
1º ESO	13 años	98	3,47	2,37	3,72	2,64
	14 años	75	3,64	3,43	3,68	3,01
	15 años	10	4,20	1,93	4,70	1,95
	16 años	3	9	2,65	4	1,73
	Total	186	3,67	2,90	3,76	2,75
2º ESO	14 años	93	3,85	2,71	4,25	2,65
	15 años	57	4,59	2,95	5	3,80
	16 años	11	3,18	1,89	3,82	2,14
	17 años	2	3	0	7,5	0,71
	Total	163	4,05	2,76	4,52	3,09
Total	13 años	98	3,47	2,37	3,72	2,64
	14 años	168	3,76	3,04	3,99	2,82
	15 años	67	4,54	2,81	4,95	3,58
	16 años	14	4,43	3,15	3,86	1,99
	17 años	2	3	0	7,5	0,71
	Total	349	3,85	2,84	4,12	2,93

En un primer momento, se ha llevado a cabo un análisis de varianza de medidas repetidas para observar si existen diferencias en los síntomas depresivos desde la oleada 1 a la oleada 2. Los resultados indican que los síntomas depresivos presentan un efecto intrasujeto significativo ($F=5,38$, $p<0,05$, η^2 parcial= 0,01). La media en síntomas depresivos se incrementa de forma significativa de la oleada 1 a la oleada 2, pasando de 3,48 a 3,72.

A continuación, en un segundo momento, se han estudiado las diferencias en edad, sexo y curso en las medias en síntomas depresivos. Se han realizado varios análisis de varianza de medidas repetidas en los síntomas depresivos, empleado tales variables como variables intersujetos.

Los resultados muestran diferencias de sexo en las medias en síntomas depresivos con independencia de la oleada, es decir, el sexo presenta un efecto intersujetos significativo en la variable de medidas repetidas de los síntomas depresivos ($F=17,70$, $p<0,001$, η^2 parcial= 0,03). En la figura 4 podemos observar que tanto en la oleada 1 como en la oleada 2, las chicas presentan una media superior en sintomatología depresiva (3,85 frente a 3,07 de los chicos en la oleada 1; 4,12 frente a 3,27 de los chicos en la oleada 2).

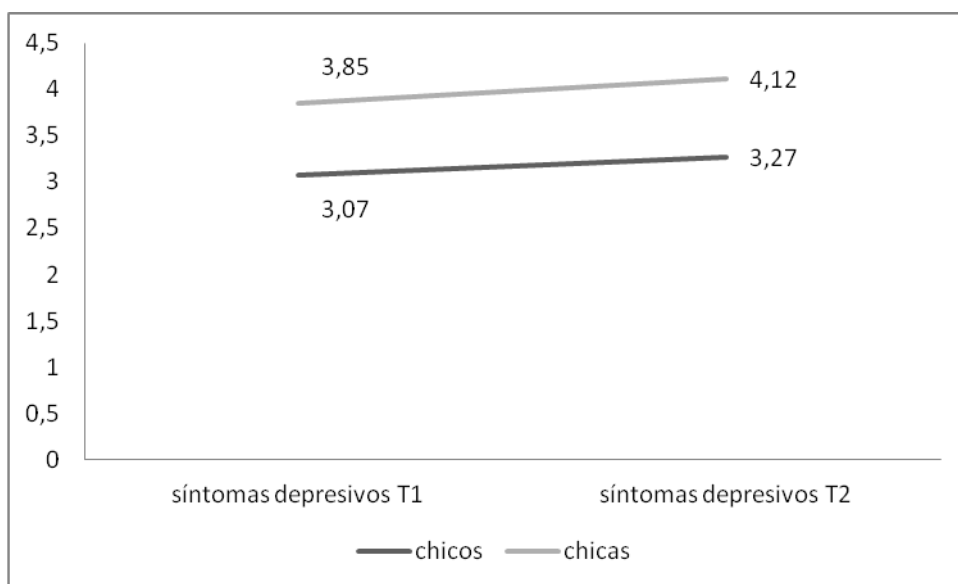


Figura 4: Medias en síntomas depresivos en la oleada 1 y en la oleada 2, por sexo.

Finalmente, en otro análisis de medidas repetidas en los síntomas depresivos, los resultados muestran que la interacción sexo x curso presenta un efecto intersujetos significativo ($F= 4,07$, $p<0,05$, η^2 parcial= 0,01).

En la figura 5 podemos observar que los chicos que inicialmente estaban en 1º de ESO presentan una media superior a la de los chicos que inicialmente estaban en 2º de ESO, tanto en la oleada 1 como en la oleada 2 un año después. En ambos cursos se da un incremento en la media en síntomas depresivos un año después. Por otra parte en la figura 6, podemos ver que en este caso son las chicas de 2º de ESO las que presentan una media superior a la de las chicas de 1º de ESO en las dos oleadas. El incremento más importante de la oleada 1 a la oleada 2 se da en las chicas que inicialmente estaban en 2º de ESO, que pasan de una media de 4,05 a una media de 4,52 en síntomas depresivos.

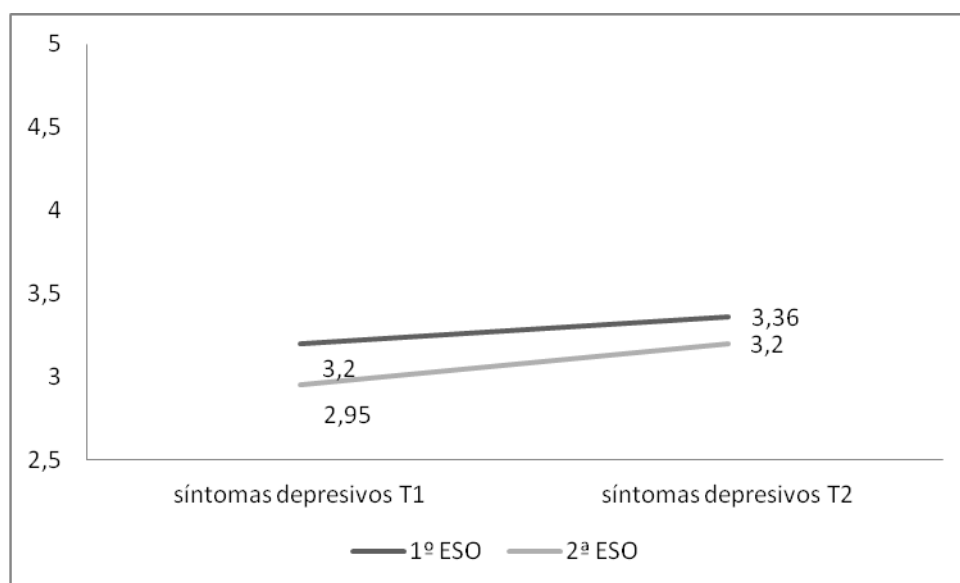


Figura 5: Medias en síntomas depresivos en la oleada 1 y en la oleada 2 en chicos, por cursos.

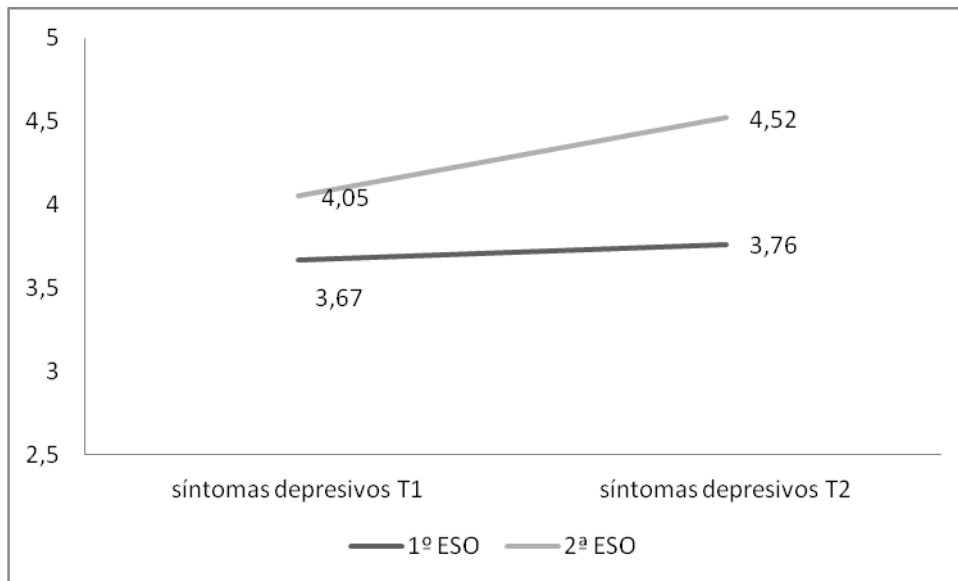


Figura 6: Medias en síntomas depresivos en la oleada 1 y en la oleada 2 en chicas, por cursos.

3.1.3. Satisfacción vital y síntomas depresivos

Cuando llevamos a cabo un análisis de varianza de medidas repetidas tomando como factores intrasujetos tanto la satisfacción vital como los síntomas depresivos, los resultados muestran que la interacción entre la satisfacción vital y los síntomas depresivos resulta significativa ($MC = 66,69$, $F = 7,07$, $p < 0,01$, η^2 parcial = $0,01$), por lo que los cambios en las puntuaciones entre la oleada 1 y la oleada 2 en la satisfacción vital interaccionan con los cambios que se producen en los síntomas depresivos.

La relación entre estas dos variables también queda bastante clara con los resultados de las correlaciones bivariadas (ver tabla 22). La correlación entre ambas medidas (de la oleada 1 y de la oleada 2) de satisfacción vital y la correlación entre ambas medidas de síntomas depresivos resulta positiva. Así, mayor satisfacción vital en la oleada 1 se asocia con mayor puntuación de dicha variable en la oleada 2, y mayor puntuación en síntomas depresivos en la oleada 1 se asocia con mayor puntuación en esta variable en la oleada 2. A su vez, cualquier correlación entre alguna medida de satisfacción vital y alguna medida de los síntomas depresivos resulta negativa. Así,

mayores puntuaciones en satisfacción vital se asocian con menores puntuaciones en síntomas depresivos, y viceversa.

Tabla 22: Correlaciones entre las medidas de satisfacción vital y las medidas de síntomas depresivos, en la oleada 1 y en la oleada 2.

	SV1	SV2	De1	De2
SV1	1			
SV2	,439**	1		
De1	-,490**	-,429**	1	
De2	-,351**	-,613**	,566**	1

** $p < 0,001$

En cambio, cuando realizamos este mismo ANOVA de MR pero segmentando la muestra por sexos, tan sólo encontramos esta interacción significativa entre los factores intrasujetos satisfacción vital y síntomas depresivos en la submuestra de chicas (MC= 82,04, $F = 9,04$, $p < ,01$, η^2 parcial= 0,03). De esta manera, en las chicas las variaciones en las puntuaciones en satisfacción vital entre la oleada 1 y la oleada 2 interaccionan con las variaciones que se producen en la medida de síntomas depresivos. Por otra parte, tanto en chicos como en chicas, las correlaciones se mantienen igualmente significativas y con el mismo signo que en los análisis realizados anteriormente con la muestra global.

3.2. Análisis de varianza de los predictores.

3.2.1. Análisis de varianza de los predictores de la satisfacción vital

Para una presentación más clara de los resultados, comenzamos en primer lugar con los análisis de varianza que tiene la satisfacción vital como variable de medidas repetidas, y, posteriormente, cerraremos este apartado con los análisis de varianza con los síntomas depresivos como variable de medidas repetidas. Se ofrecerán los resultados de los análisis de varianza tomando la muestra total (indicando en las tablas estos resultados con una T), y separando entre chicos (indicando estos resultados con una O) y chicas (indicándolos con una A).

En cada apartado, expondremos a su vez los resultados por áreas temáticas, resaltando tan sólo aquellos análisis con significación estadística. En el apéndice 1 mostramos las frecuencias de todas las variables estudiadas, por sexo.

Satisfacción vital y características socioculturales y socioeconómicas

Entre las variables de carácter sociocultural o socioeconómico que han mostrado efecto significativo están el nivel de estudios del padre, la profesión de la madre y la situación laboral del padre.

El nivel de estudios del padre tiene efecto significativo en la satisfacción vital tanto de chicos (5,2% de la varianza explicada) como de las chicas (3,7%). En la tabla 23, podemos ver que además en las chicas el nivel de estudios interacciona con la satisfacción vital.

En las figuras 7 y 8, podemos ver que los chicos y chicas con una media en satisfacción menor son aquellos que no saben los estudios de sus padres o con un nivel de estudios mínimo. Los chicos y chicas cuyos padres presentan una mayor formación son los más satisfechos con sus vidas.

Tabla 23: Análisis de varianza de medidas repetidas de la satisfacción vital, tomando como factor intersujeto el nivel de estudios del padre en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta ² parcial	gl	MC	F	Eta ² parcial
T	Sv	,998	1	16,591	1,471	,002				
	Sv X VI	,987	7	14,350	1,272	,013				
	VI						7	103,700	3,739**	,038
O	Sv	,998	1	9,601	,784	,002				
	Sv X VI	,984	7	8,955	,731	,016				
	VI						7	68,317	2,530*	,052
A	Sv	,981*	1	67,316	6,712*	,019				
	Sv X VI	,944**	6	33,517	3,342**	,056				
	VI						6	62,166	2,182*	,037

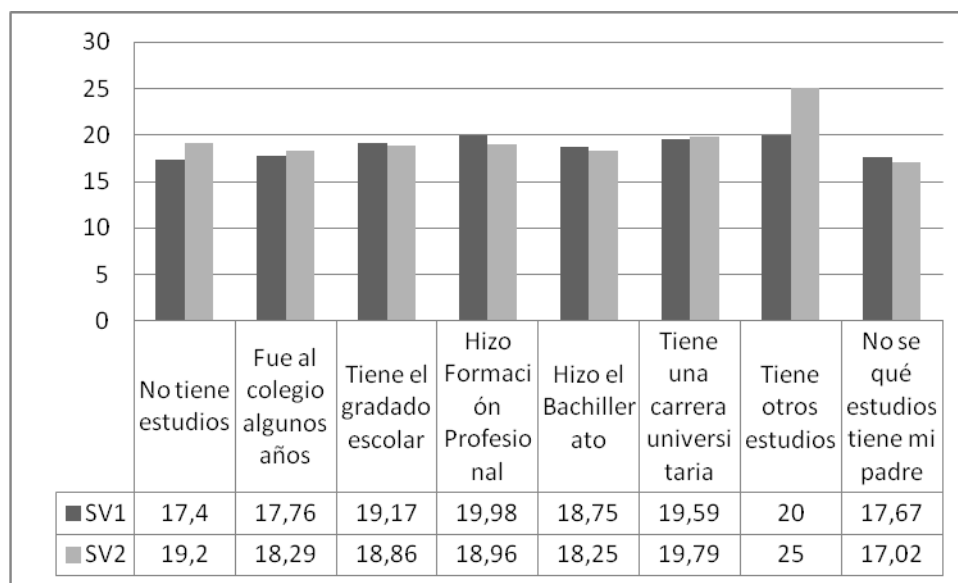


Figura 7: Medias en la satisfacción vital, en la oleada 1 y en la oleada 2 en chicos, según el nivel de estudios del padre.

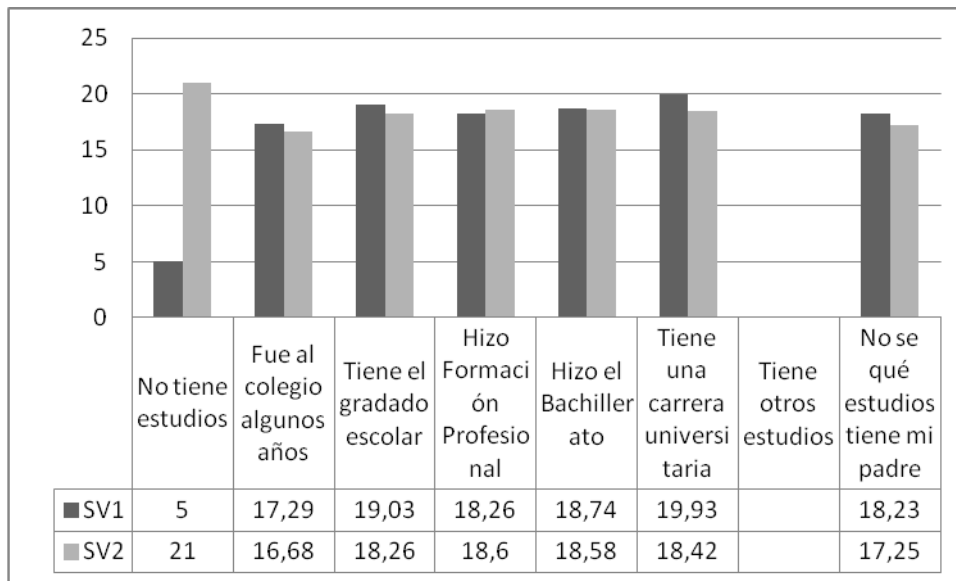


Figura 8: Medias en la satisfacción vital, en la oleada 1 y en la oleada 2 en chicas, según el nivel de estudios del padre.

El nivel profesional de la madre sólo presenta efecto significativo en las chicas, explicando menos del 4% de la satisfacción vital (ver tabla 24). Las hijas de madres amas de casa o con un nivel profesional de técnico superior son las más satisfechas (ver figura 9).

Tabla 24: Análisis de varianza de medidas repetidas de la satisfacción vital, tomando como factor intersujeto el nivel profesional de la madre en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta ² parcial	gl	MC	F	Eta ² parcial
T	Sv	1	1	,225	,022	,000				
	Sv X VI	,996	5	4,747	,461	,004				
	VI						5	37,108	1,315	,011
O	Sv	,998	1	5,495	,508	,002				
	Sv X VI	,972	5	18,186	1,682	,028				
	VI						5	24,321	,920	,016
A	Sv	,998	1	7,584	,788	,002				
	Sv X VI	,987	5	7,988	,830	,013				
	VI						5	74,561	2,559*	,038

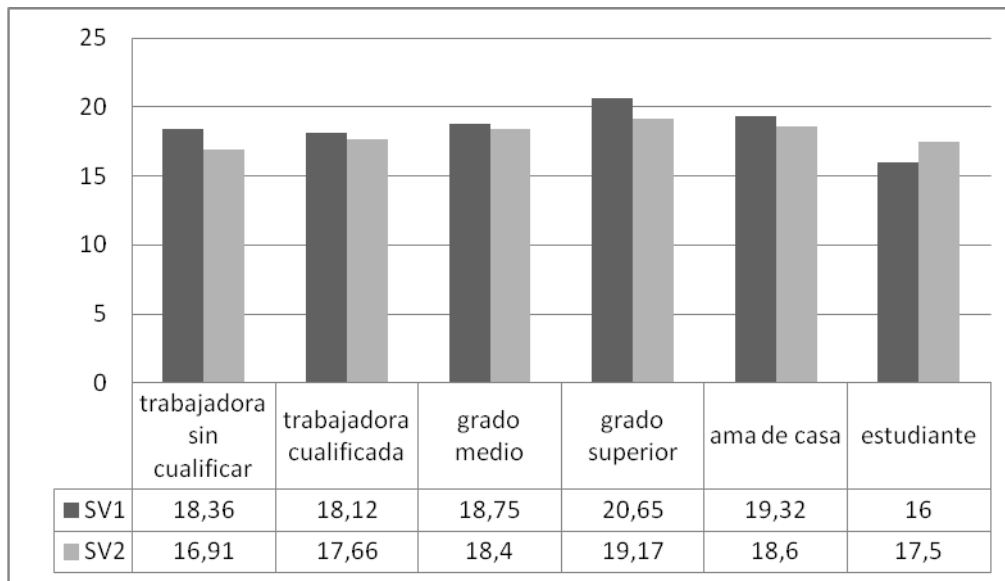


Figura 9: Medias en satisfacción vital en la oleada 1 y en la oleada 2, en chicas, según la profesión de la madre.

Y, para concluir, los resultados señalan que la situación laboral del padre tiene efecto e interacción con la satisfacción vital significativos, aunque poco explicativos, cuando analizamos la muestra global (ver tabla 25).

En la figura 10 podemos ver cómo el alumnado cuyos padres están en paro son los que presentan una menor satisfacción vital.

Tabla 25: Análisis de varianza de medidas repetidas de la satisfacción vital, tomando como factor intersujeto la situación laboral del padre en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta ² parcial	gl	MC	F	Eta ² parcial
T	Sv	,990	1	76,267	6,860**	,010				
	Sv X VI	,981	5	28,674	2,579*	,019				
	VI						5	64,956	2,324*	,017
O	Sv	,997	1	12,712	1,059	,003				
	Sv X VI	,983	5	13,402	1,116	,017				
	VI						5	11,995	,427	,007
A	Sv	,979	1	12,007	7,181**	,021				
	Sv X VI	,975	5	74,211	1,743	,025				
	VI						5	57,707	2,052	,029

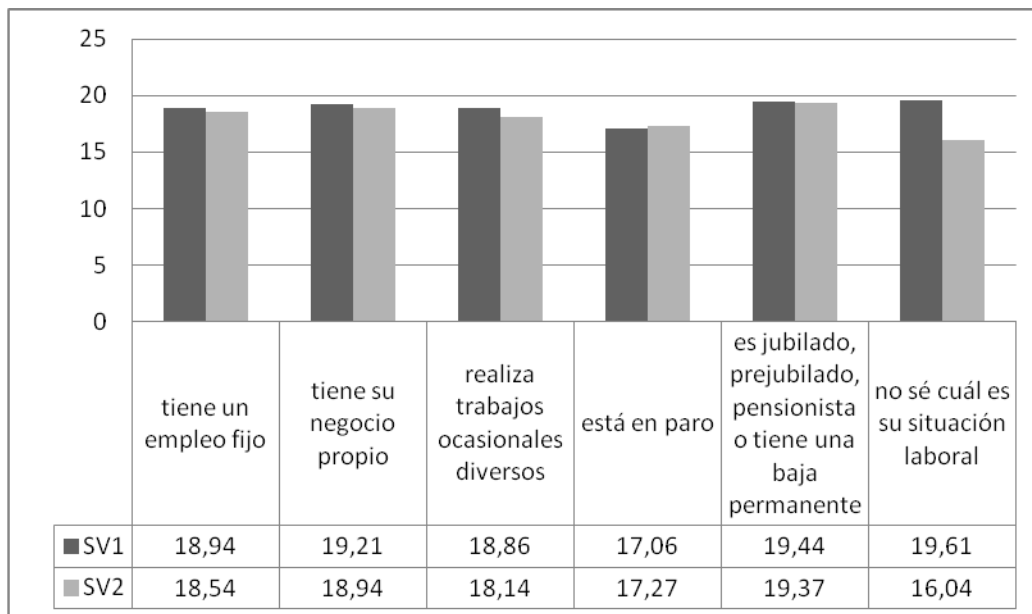


Figura 10: Medias en satisfacción vital en la oleada 1 y en la oleada 2, según la situación laboral del padre en la oleada 1.

Satisfacción vital y creencias religiosas

Las creencias religiosas tienen efecto significativo en la satisfacción de las chicas, aunque explicando menos del 4% de la varianza (ver tabla 26). En la figura 11 se muestra cómo las chicas religiosas y practicantes son las que presentan una media más elevada, mientras que las no religiosas presentan la menor media.

Tabla 26: Análisis de varianza de medidas repetidas de la satisfacción vital, tomando como factor intersujeto las creencias religiosas en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

	Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
	Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta ² parcial	gl	MC	F	Eta ² parcial
Sv	,984	1	116,512	11,031**	,016				
Sv X VI	,996	3	9,152	,866	,004				
VI						3	61,617	2,159	,010
Sv	,994	1	22,050	2,040	,006				
Sv X VI	,996	3	4,091	,378	,004				
VI						3	7,601	,274	,003
Sv	,971	1	104,011	10,039**	,029				
Sv X VI	,993	3	8,656	,835	,007				
VI						3	126,228	4,397**	,037

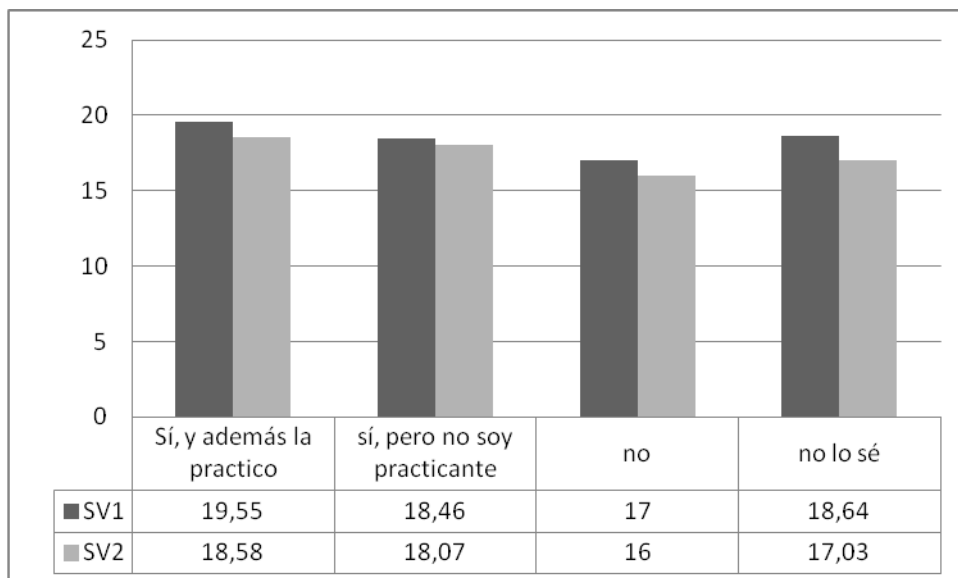


Figura 11: Medias en satisfacción vital en la oleada 1 y en la oleada 2 en chicas, según las creencias religiosas.

Satisfacción vital y relaciones familiares

Seguidamente, se ha analizado el efecto de la calidad en la relación con el padre y con la madre en la satisfacción vital. Los resultados han indicado que ambas variables, actuando como covariables, presentan un efecto significativo en la satisfacción vital.

De esta manera, tanto en chicas como en chicos, una mejor calidad en la relación con el padre y una mejor calidad en la relación con la madre están asociadas a una mayor satisfacción vital. Las correlaciones bivariadas de la tabla 29 ilustran este asociación.

Por otro lado, los análisis de varianza han mostrado que la calidad de la relación con la madre explica un 20,7% de la varianza de la satisfacción vital en las chicas, frente a un 4,4% en los chicos (tabla 28). También la calidad en la relación con el padre (tabla 27) explica una mayor varianza en chicas que en chicos (16,3% frente al 11,7%). Así, estos resultados parecen indicar un mayor peso de la calidad en la relación con los progenitores en la satisfacción vital de las chicas.

Tabla 27: Análisis de varianza de medidas repetidas de la satisfacción vital, tomando como covariable la calidad en la relación con el padre en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta ² parcial	gl	MC	F	Eta ² parcial
T	SV	1	1	1,110	,099	,000	1	2676,315	109,748***	,142
	SV X VI	,999	1	7,453	,665	,001				
	VI									
O	SV	1	1	,418	,034	,000	1	1066,764	42,759***	,117
	SV X VI	1	1	,075	,006	,000				
	VI									
A	SV	,999	1	4,924	,486	,001	1	1583,818	66,038***	,163
	SV X VI	,995	1	18,736	1,849	,005				
	VI									

Tabla 28: Análisis de varianza de medidas repetidas de la satisfacción vital, tomando como covariable la calidad en la relación con la madre en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta ² parcial	gl	MC	F	Eta ² parcial
T	SV	1	1	,013	,001	,000	1	2304,673	91,154***	,119
	SV X VI	1	1	,954	,086	,000				
	VI									
O	SV	,995	1	18,004	1,503	,005	1	403,252	15,151***	,044
	SV X VI	,996	1	15314	1,279	,004				
	VI									
A	SV	,996	1	12,478	1,227	,004	1	2109,778	90,099***	,207
	SV X VI	,994	1	22,829	2,245	,006				
	VI									

Tabla 29: Correlaciones de orden 0 entre la calidad en la relación con el padre y con la madre, y la satisfacción vital en la oleada 1 y en la oleada 2, tomando la muestra total y dividiéndola por sexos.

	Total		Chicos		Chicas	
	SV1	SV2	SV1	SV2	SV1	SV2
Relación con el padre	,345**	,302**	,305**	,288**	,386**	,309**
Relación con la madre	,289**	,286**	,127*	,209**	,429**	,352**

A continuación, se exponen los resultados de los efectos de la frecuencia de actividades en familia en el fin de semana y la frecuencia de apoyo parental en cuestiones académicas (ver tablas 30 y 31).

La frecuencia de actividades en familia en el fin de semana (ver tabla 30) presenta un efecto significativo en los niveles de satisfacción vital. Tanto las chicas como los chicos que realizan dichas actividades conjuntas en el fin de semana "siempre" o "casi siempre" son los que han mostrado una mayor satisfacción con la vida (ver figuras 12 y 13).

En la muestra total, la frecuencia de actividades en familia en el fin de semana explica hasta un 11,6% de la satisfacción vital de los adolescentes estudiados.

Tabla 30: Análisis de varianza de medidas repetidas de la satisfacción vital, tomando como factor intersujeto la frecuencia de actividades en familia en el fin de semana en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta ² parcial	gl	MC	F	Eta ² parcial
T	Sv	,996	1	33,735	3,048	,004	6	379,695	14,826***	,116
	Sv X VI	,983	6	21,165	1,912	,017				
	VI									
O	Sv	1	1	1,877	,157	,000	6	169,727	6,674***	,108
	Sv X VI	,970	6	20,483	1,714	,030				
	VI									
A	Sv	,986*	1	49,822	4,843*	,014	6	222,833	8,598***	,131
	Sv X VI	,991	6	5,273	,513	,009				
	VI									

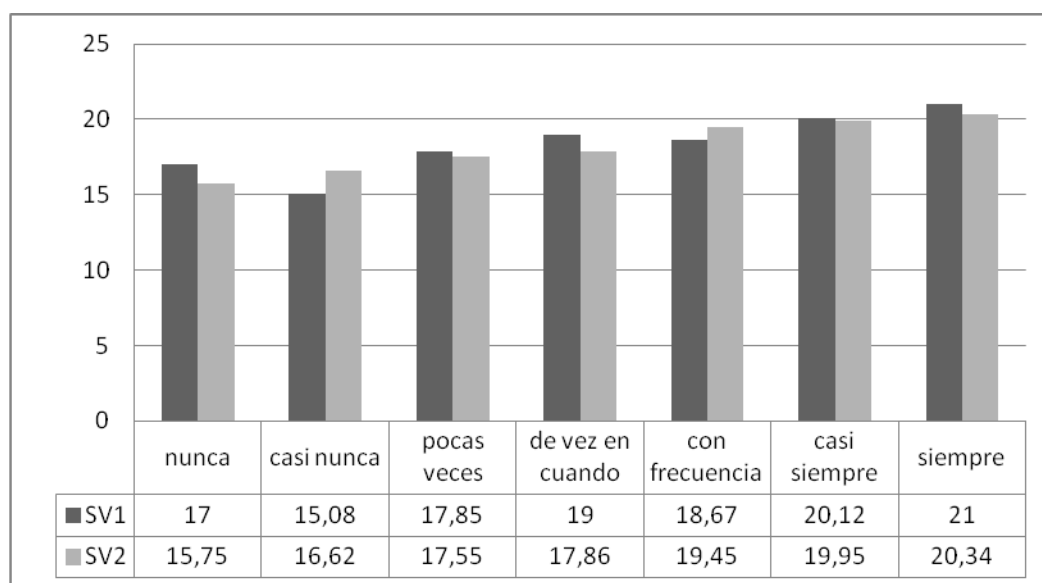


Figura 12: Medias en satisfacción vital en la oleada 1 y en la oleada 2, en chicos, según la frecuencia de actividades en familia en el fin de semana en la oleada 1.

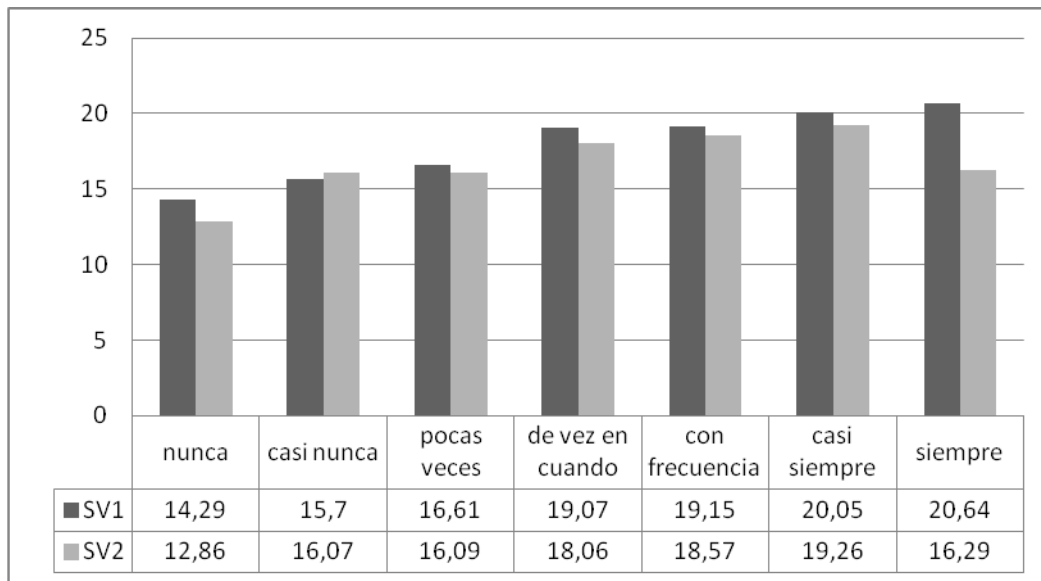


Figura 13: Medias en satisfacción vital en la oleada 1 y en la oleada 2, en chicas, según la frecuencia de actividades en familia en el fin de semana en la oleada 1.

En la tabla 31, podemos ver que la frecuencia de apoyo parental en cuestiones académicas también presenta un efecto significativo en la satisfacción vital, tanto en chicas como en chicos.

Los chicos y chicas que siempre pueden contar con el apoyo de sus progenitores en las cuestiones académicas presentan las medias más elevadas en satisfacción vital (ver figuras 14 y 15).

En las chicas, este apoyo parental parece predecir un mayor porcentaje de la varianza de la satisfacción vital (9,8% frente a 6,7% en chicos).

Tabla 31: Análisis de varianza de medidas repetidas de la satisfacción vital, tomando como factor intersujeto la frecuencia de apoyo parental en las cuestiones académicas en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta ² parcial	gl	MC	F	Eta ² parcial
T	Sv	,999	1	8,791	,786	,001	4	386,584	14,513***	,078
	Sv X VI	,992	4	15,437	1,381	,008				
O	Sv	1	1	,728	,060	,000	4	157,970	5,979***	,067
	Sv X VI	,992	4	8,224	,677	,008				
A	Sv	,997	1	11,721	1,132	,003	4	254,367	9,492***	,098
	Sv X VI	,993	4	6,360	,614	,007				

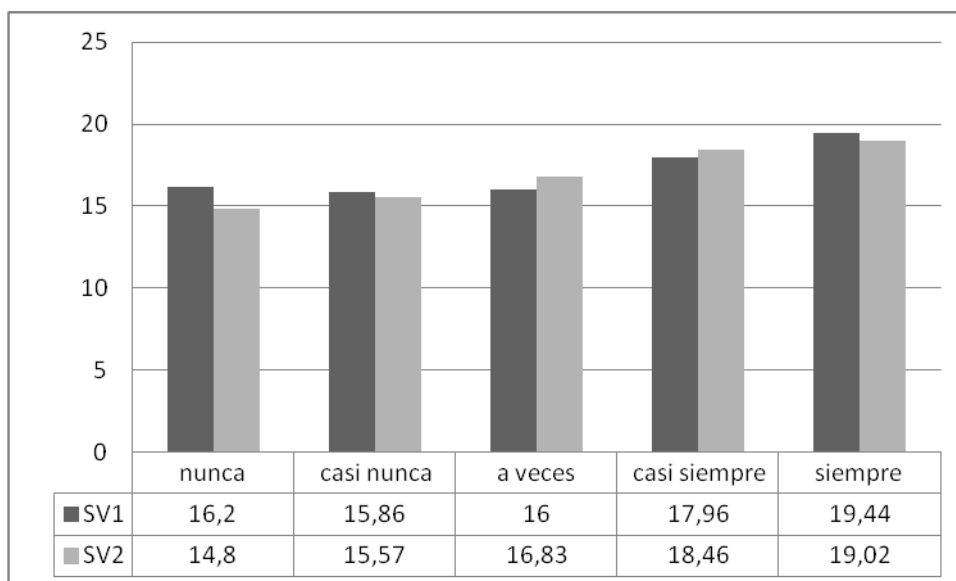


Figura 14: Medias en satisfacción vital en la oleada 1 y en la oleada 2, en chicos, según la frecuencia de apoyo parental en las cuestiones académicas en la oleada 1.

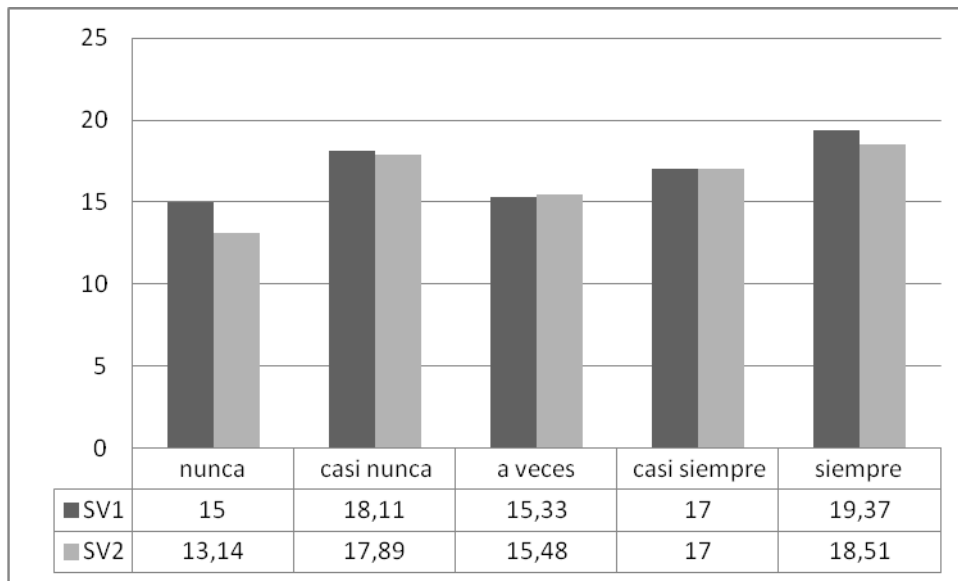


Figura 15: Medias en satisfacción vital en la oleada 1 y en la oleada 2, en chicas, según la frecuencia de apoyo parental en las cuestiones académicas en la oleada 1.

Para concluir con este apartado dedicado a la influencia de la familia en la satisfacción vital, analizamos el papel de la estructura familiar.

En la tabla 32, se exponen los resultados de los efectos de la composición de la unidad familiar en la satisfacción vital. Esta variable intersujeto presenta un efecto significativo tanto en chicas como en chicos, pero explicando tan sólo un 2,6% de la satisfacción vital.

Los chicos y chicas que viven con su madre y con su padre son los más satisfechos con su vida (ver figuras 16 y 17). Los chicos y chicas que viven sólo con su padre son los menos frecuentes, y los resultados no son destacables (n=4).

Tabla 32: Análisis de varianza de medidas repetidas de la satisfacción vital, tomando como factor intersujeto la composición de la unidad familiar en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta2 parcial	gl	MC	F	Eta2 parcial
T	Sv	,998	1	11,057	1,048	,002				
	Sv X VI	,997	3	6,757	,641	,003				
	VI						3	149,050	5,283**	,023
O	Sv	1	1	,875	,081	,000				
	Sv X VI	1	3	,199	,018	,000				
	VI						3	78,060	2,863*	,026
A	Sv	,996	1	15,561	1,512	,004				
	Sv X VI	,990	3	11,508	1,118	,010				
	VI						3	88,916	3,059*	,026

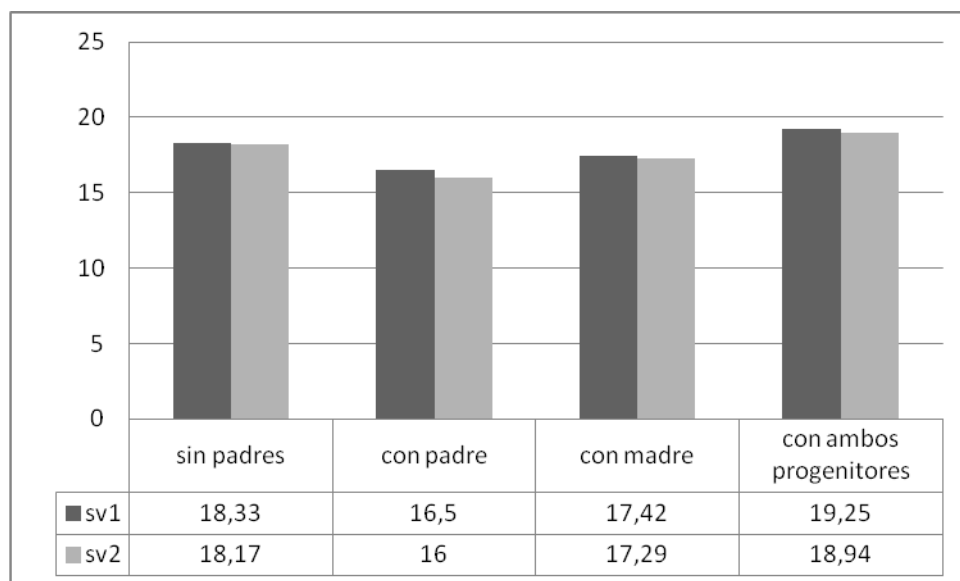


Figura 16: Medias en satisfacción vital en la oleada 1 y en la oleada 2, en chicos, según la composición de la unidad familiar en la oleada 1.

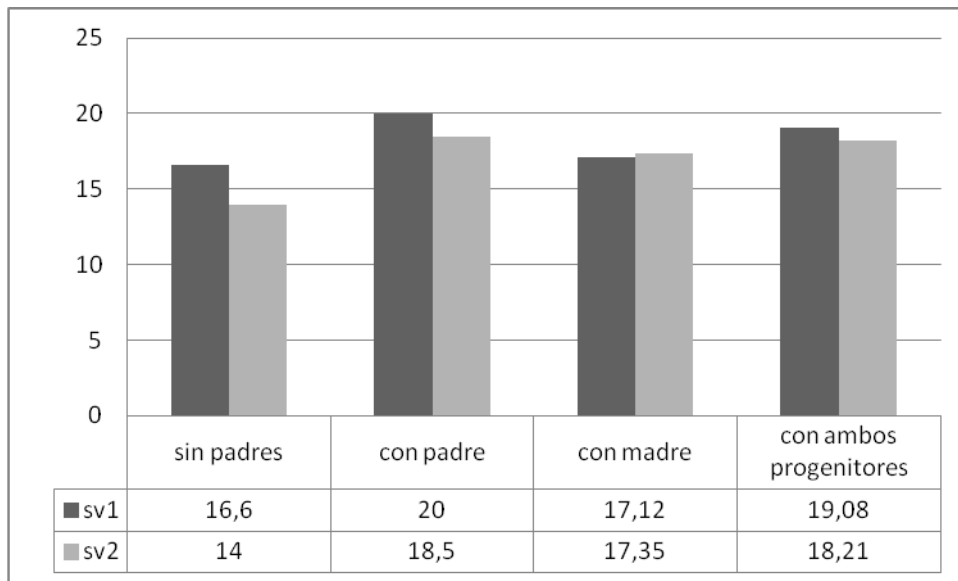


Figura 17: Medias en satisfacción vital en la oleada 1 y en la oleada 2, en chicas, según la composición de la unidad familiar en la oleada 1.

Cuando incorporamos a esta variable de composición familiar, la presencia de las nuevas parejas de sus padres, no se encuentran efectos significativos en las chicas (tabla 33), aunque sí en los chicos. En cualquier caso, el porcentaje de varianza explicada en los chicos es sólo del 4,1%.

Así, la figura 18 nos vuelve a mostrar que los chicos que viven con su padre y con su madre vuelven a ser los que han presentado una media más alta en satisfacción vital. El resto de categorías son menos frecuentes y sus resultados no nos permiten una comparación que ofrezca resultados de interés.

Tabla 33: Análisis de varianza de medidas repetidas de la satisfacción vital, tomando como factor intersujeto la composición de la unidad familiar con las nuevas parejas en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta2 parcial	gl	MC	F	Eta2 parcial
T	Sv	1	1	,372	,035	,000				
	Sv X VI	,995	5	6,918	,655	,005				
	VI						5	28,083	4,219**	,030
O	Sv	,996	1	12,516	1,155	,004				
	Sv X VI	,992	5	5,727	,529	,008				
	VI						5	73,254	2,710*	,041
A	Sv	,998	1	7,733	,747	,002				
	Sv X VI	,990	5	7,032	,679	,010				
	VI						5	64,205	2,208	,031

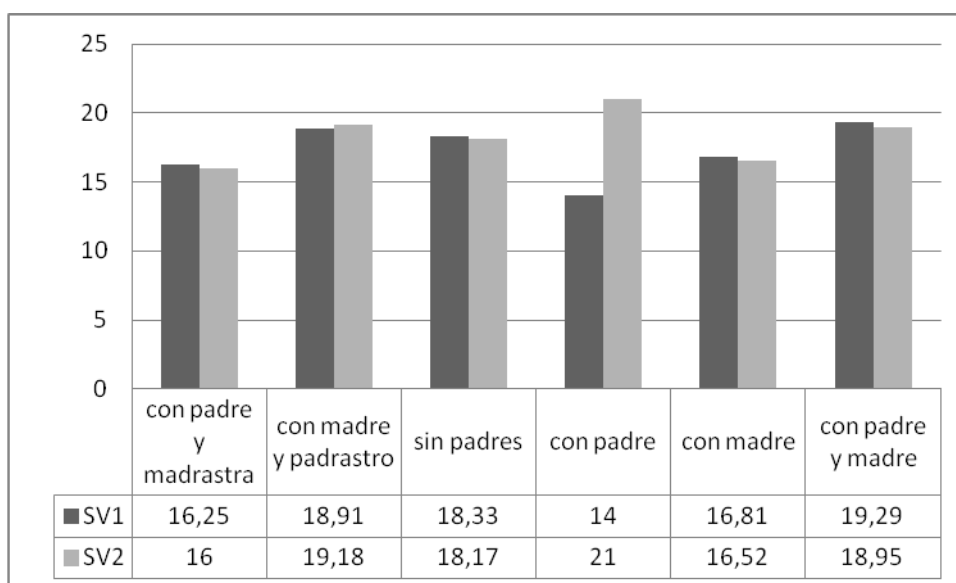


Figura 18: Medias en satisfacción vital en la oleada 1 y en la oleada 2, en chicos, según la composición de la unidad familiar con las nuevas parejas en la oleada 1.

Para acabar con el análisis del papel de la estructura familiar en la satisfacción vital, se ha estudiado el efecto del número de hermanos y hermanas.

La tabla 34 nos señala que el número de hermanos y de hermanas tiene un efecto significativo en la muestra global, pero no cuando esta muestra es segmentada en chicos y chicas. En todo caso, sólo se explica el 2,1% de la varianza.

La figura 19 nos muestra que los adolescentes con hermanos o hermanas están más satisfechos con su vida (si bien tenemos que destacar a aquellos con uno o dos hermanos o hermanas, por ser las categorías más frecuentes), en comparación con aquellos que no los/as tienen.

Tabla 34: Análisis de varianza de medidas repetidas de la satisfacción vital, tomando como factor intersujeto el número de hermanos y hermanas en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta2 parcial	gl	MC	F	Eta2 parcial
T	Sv	,999	1	3,548	,338	,001				
	Sv X VI	,996	5	5,322	,507	,004				
	VI						5	80,011	2,817*	,021
O	Sv	1	1	,029	,003	,000				
	Sv X VI	,979	5	14,333	1,338	,021				
	VI						5	32,269	1,170	,018
A	Sv	,999	1	4,925	,480	,001				
	Sv X VI	,997	5	1,990	,194	,003				
	VI						5	55,896	1,904	,027

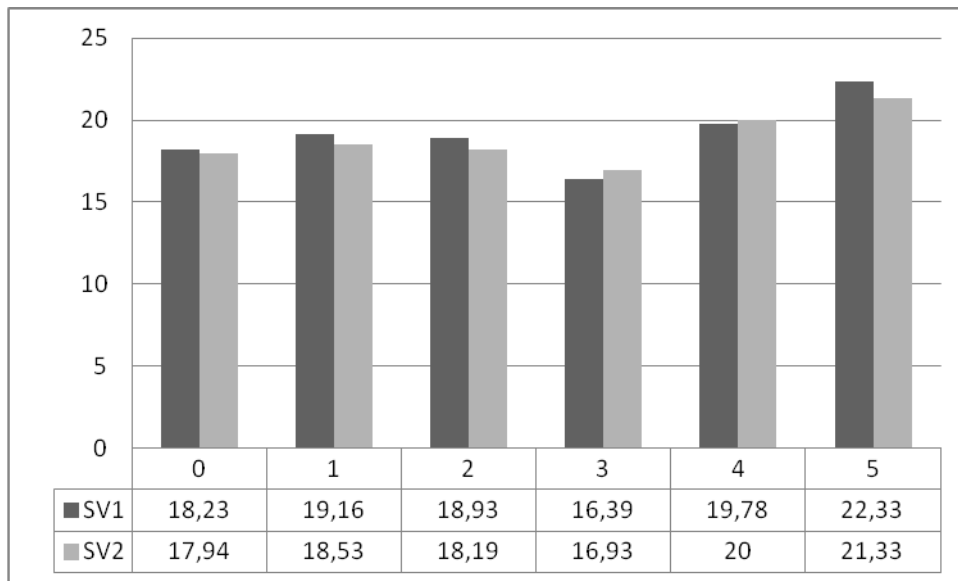


Figura 19: Medias en satisfacción vital en la oleada 1 y en la oleada 2, según el número de hermanos y hermanas en la oleada 1.

Satisfacción vital y dinero de bolsillo

Si bien no es una variable muy explicativa, el dinero de bolsillo interacciona con la satisfacción vital de forma significativa en los chicos (ver tabla 35). En todo caso, los resultados no son muy destacables y las correlaciones (ver tabla 36) son bajas o no significativas.

Tabla 35: Análisis de varianza de medidas repetidas de la satisfacción vital, tomando como covariable el dinero de bolsillo en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta ² parcial	gl	MC	F	Eta ² parcial
T	SV	,985	1	111,626	9,921**	,015				
	SV X VI	,993	1	54,564	4,849*	,007				
	VI						1	51,772	1,786	,003
O	SV	,994	1	24,060	1,996	,006				
	SV X VI	,985	1	61,568	5,108*	,015				
	VI						1	39,250	1,402	,004
A	SV	,988	1	43,310	4,146*	,012				
	SV X VI	1	1	,762	,073	,000				
	VI						1	8,192	,273	,001

Tabla 36: Correlaciones de orden 0 entre el dinero de bolsillo, y la satisfacción vital en la oleada 1 y en la oleada 2, tomando la muestra total y dividiéndola por sexos.

	Total		Chicos		Chicas	
	SV1	SV2	SV1	SV2	SV1	SV2
Dinero de bolsillo	-,001	,090*	-,013	,125*	,032	,016

Satisfacción vital y vida escolar

En la tabla 37 se muestra el efecto significativo de la satisfacción escolar en la satisfacción vital de los chicos y de las chicas. La satisfacción escolar parece tener un mayor peso en la satisfacción vital de la chicas que en la de los chicos (7% frente a 3,6%).

Los chicos y las chicas a los que les gusta mucho la escuela son los que se encuentran más satisfechos con su vida (ver figuras 20 y 21).

El rendimiento académico percibido también presenta un efecto significativo en la satisfacción vital de chicos y chicas (ver tabla 38). Así, los chicos y chicas que piensan que tienen un rendimiento bueno o muy bueno son los que se encuentran más satisfechos con su vida (ver figuras 22 y 23).

Tabla 37: Análisis de varianza de medidas repetidas de la satisfacción vital, tomando como factor intersujeto la satisfacción escolar en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta ² parcial	gl	MC	F	Eta ² parcial
T	Sv	,987	1	101,329	9,138**	,013				
	Sv X VI	,996	3	11,201	1,010	,004				
	VI						3	307,315	11,222***	,047
O	Sv	,995	1	19,839	1,677	,005				
	Sv X VI	,986	3	18,076	1,528	,014				
	VI						3	109,497	4,062**	,036
A	Sv	,979	1	76,920	7,420**	,021				
	Sv X VI	,997	3	3,486	,336	,003				
	VI						3	242,451	8,799***	,070

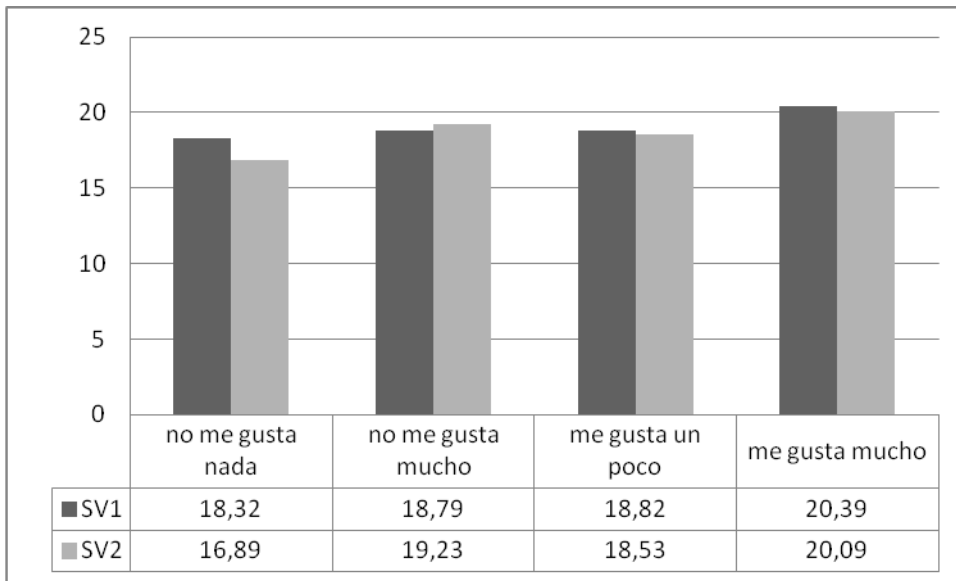


Figura 20: Medias en satisfacción vital en la oleada 1 y en la oleada 2, en chicos, según la satisfacción escolar en la oleada 1.

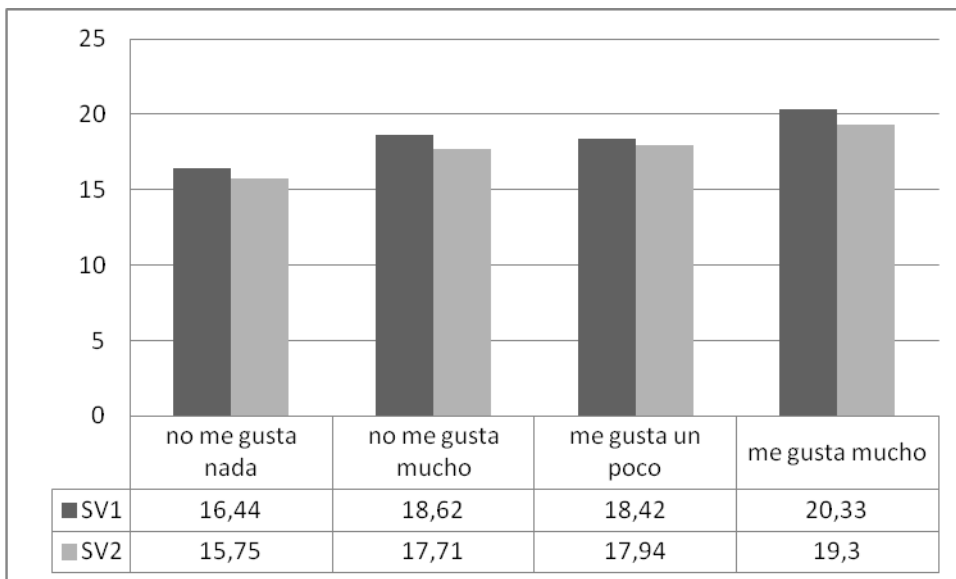


Figura 21: Medias en satisfacción vital en la oleada 1 y en la oleada 2, en chicas, según la satisfacción escolar en la oleada 1.

Tabla 38: Análisis de varianza de medidas repetidas de la satisfacción vital, tomando como factor intersujeto el rendimiento percibido en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta ² parcial	gl	MC	F	Eta ² parcial
T	Sv	1	1	,031	,003	,000	3	159,513	17,096***	,069
	Sv X VI	,991	3	22,794	2,073	,009				
	VI									
O	Sv	,999	1	4,145	,358	,001	3	197,140	7,430***	,063
	Sv X VI	,974	3	34,533	2,979*	,032				
	VI									
A	Sv	,999	1	3,714	,359	,001	3	289,243	10,653***	,084
	Sv X VI	,995	3	6,376	,617	,005				
	VI									

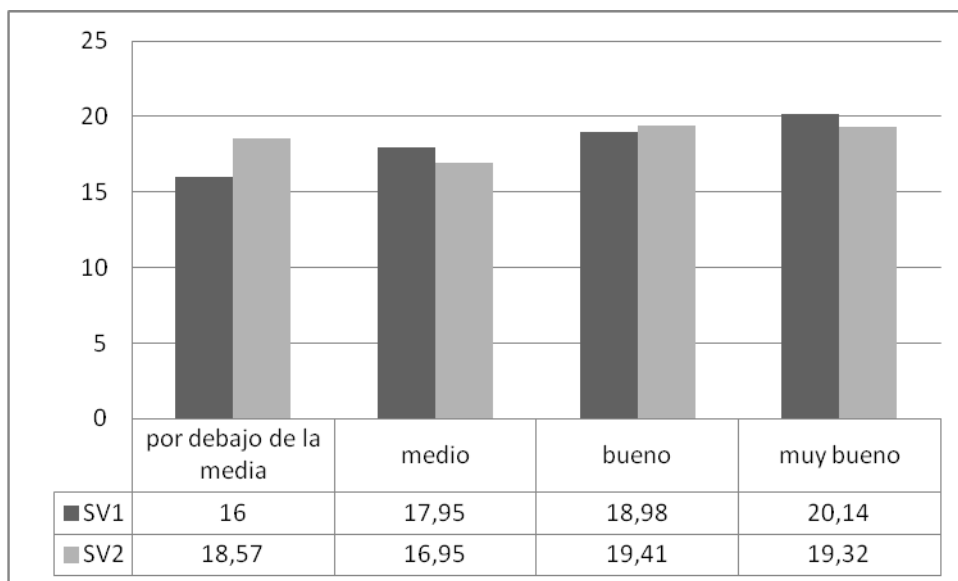


Figura 22: Medias en satisfacción vital en la oleada 1 y en la oleada 2, en chicos, según el rendimiento percibido en la oleada 1.

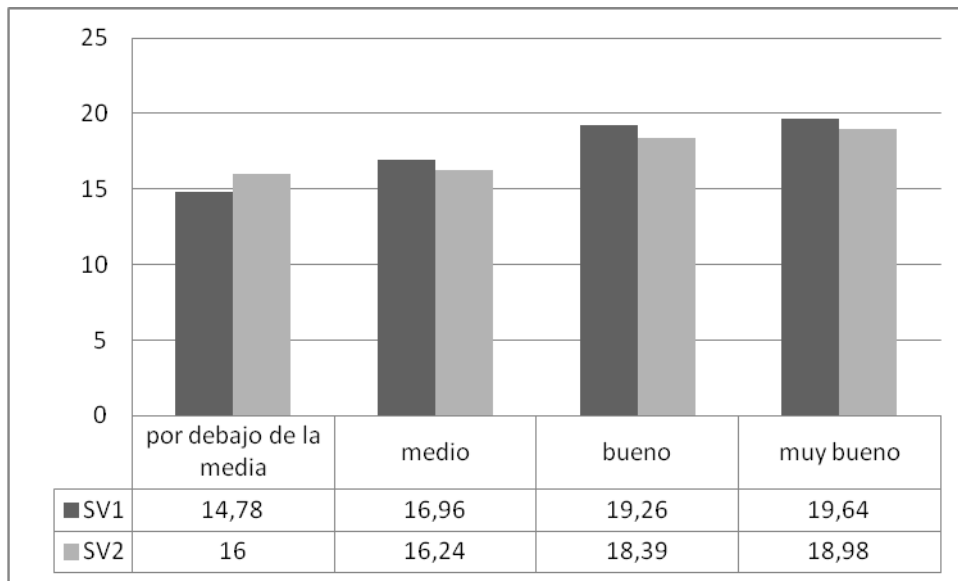


Figura 23: Medias en satisfacción vital en la oleada 1 y en la oleada 2, en chicas, según el rendimiento percibido en la oleada 1.

Los niveles de satisfacción vital en las chicas y en los chicos también se encuentran afectados por el sentimiento de presión escolar que presenten. En los chicos, la presión escolar explica hasta un 6,7 % de la varianza de la satisfacción vital (ver tabla 39).

En las figuras 24 y 25, se observa que tanto las chicas como los chicos que no se sienten presionados escolarmente nada en absoluto son los que presentan mayor satisfacción vital, frente a los que sufren mucha presión.

Tabla 39: Análisis de varianza de medidas repetidas de la satisfacción vital, tomando como factor intersujeto la presión escolar en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta ² parcial	gl	MC	F	Eta ² parcial
T	Sv	,994	1	45,965	4,153*	,006				
	Sv X VI	,998	3	6,098	,551	,002				
	VI						3	343,912	12,559***	,052
O	Sv	,997	1	10,864	,916	,003				
	Sv X VI	,996	3	5,174	,436	,004				
	VI						3	211,556	8,012***	,067
A	Sv	,988	1	42,261	4,078*	,012				
	Sv X VI	,997	3	3,688	,356	,003				
	VI						3	149,013	5,255**	,043

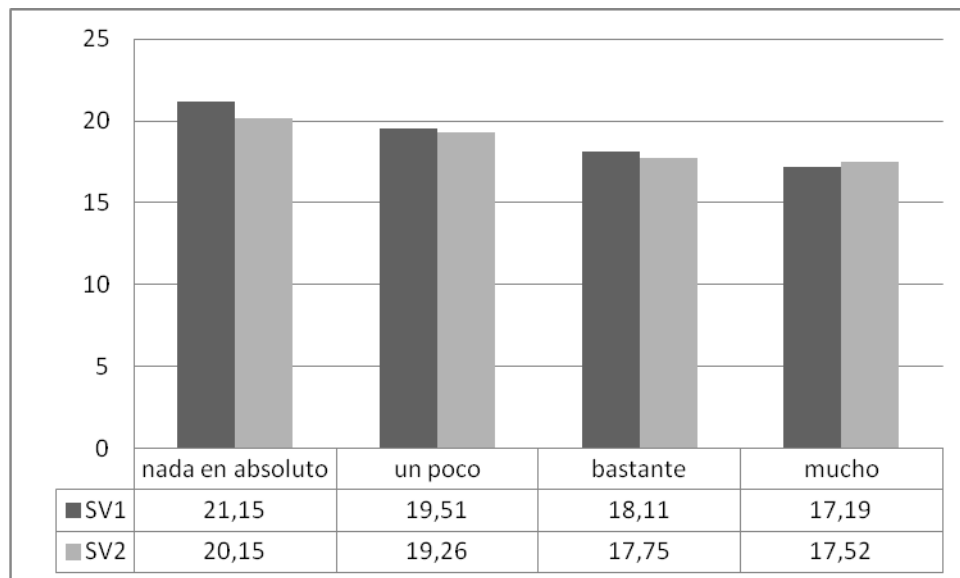


Figura 24: Medias en satisfacción vital en la oleada 1 y en la oleada 2, en chicos, según el sentimiento de presión escolar en la oleada 1.

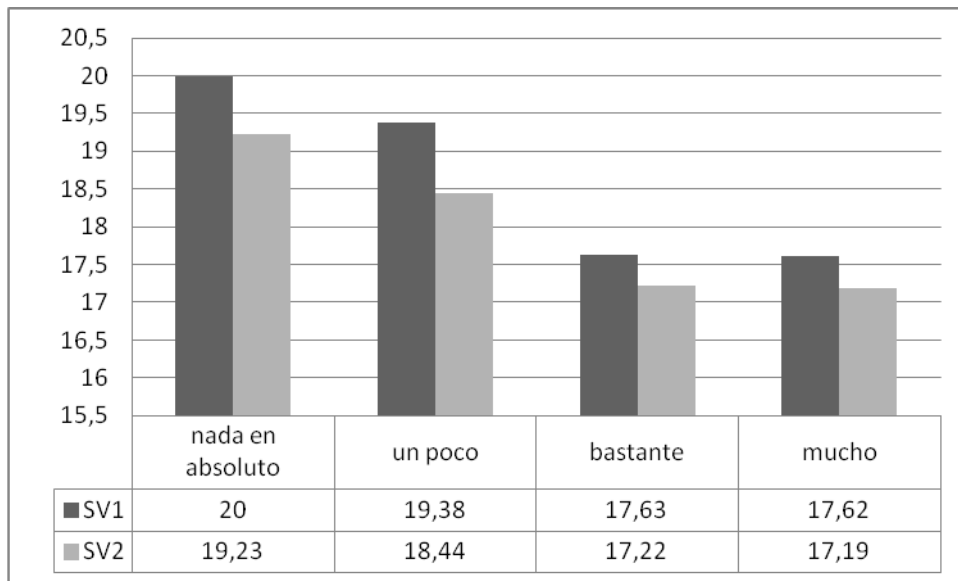


Figura 25: Medias en satisfacción vital en la oleada 1 y en la oleada 2, en chicas, según el sentimiento de presión escolar en la oleada 1.

La influencia de las expectativas académicas en la satisfacción vital es reducida y sólo se da en chicas, explicando sólo un 2,3% de la varianza. Las chicas que quieren estudiar bachillerato al acabar los estudios actuales son las más satisfechas con su vida (ver figura 26 y tabla 40).

Tabla 40: Análisis de varianza de medidas repetidas de la satisfacción vital, tomando como factor intersujeto las expectativas académicas en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta ² parcial	gl	MC	F	Eta ² parcial
T	Sv	,994	1	45,170	4,078*	,006				
	Sv X VI	,982	6	23,379	2,111	,018				
	VI						6	26,657	,926	,008
O	Sv	,990	1	40,539	3,389	,010				
	Sv X VI	,974	6	17,540	1,466	,026				
	VI						6	11,451	,404	,007
A	Sv	,998	1	8,898	,868	,002				
	Sv X VI	,986	3	17,258	1,684	,014				
	VI						3	80,113	2,767*	,023

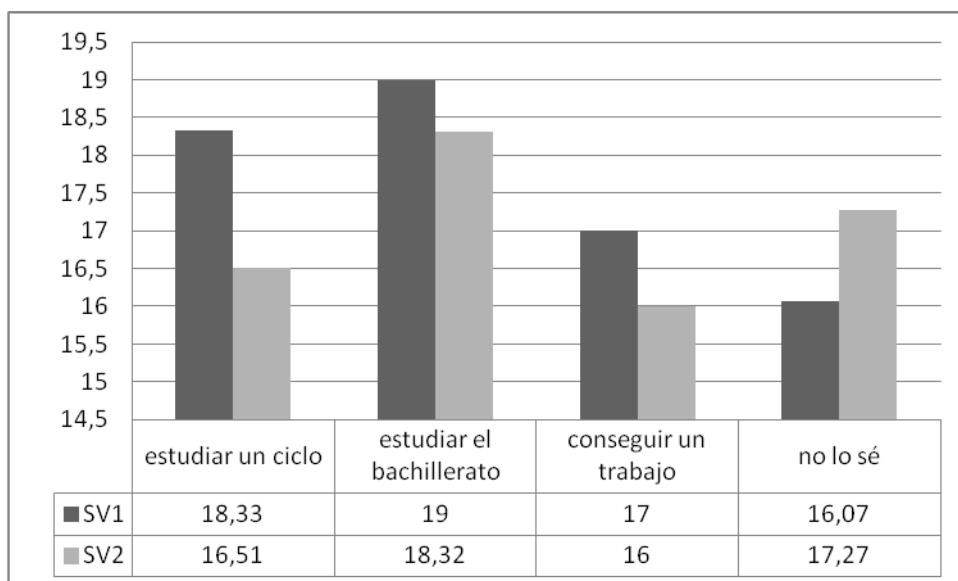


Figura 26: Medias en satisfacción vital en la oleada 1 y en la oleada 2, en chicas, según las expectativas académicas en la oleada 1.

Y cerramos el bloque referente a las variables escolares analizando el efecto de la exclusión escolar, el acoso escolar sufrido y el acoso escolar ejercido en la satisfacción vital de los chicos y las chicas.

La exclusión escolar explica el 8,1% de la satisfacción vital de los adolescentes (ver tabla 41). Los chicos y chicas que nunca se han sentido excluidos por sus iguales en la escuela o en el instituto son los que presentan una mayor satisfacción vital, mientras los que afirman sentirse excluidos con frecuencia son los más insatisfechos (ver figuras 27 y 28).

En la tabla 42, se muestran los resultados del efecto del acoso escolar en la satisfacción vital. En los chicos, el acoso sufrido explica casi el 10% de la satisfacción vital, frente al 7,8% de las chicas. En las figuras 29 y 30, se muestra que las medias más altas en satisfacción vital las presentan los chicos y las chicas que nunca han sufrido acoso. Los adolescentes más insatisfechos son aquéllos y aquéllas que han sufrido acoso con bastante frecuencia.

Por otra parte, el acoso ejercido también ha presentado efecto significativo en la satisfacción vital de las chicas, explicando un 7,6% (ver tabla 43). En la figura 31, se muestra cómo las chicas que nunca han ejercido acoso sobre sus compañeras o compañeros son las que presentan una mayor satisfacción vital en las dos oleadas del estudio.

Tabla 41: Análisis de varianza de medidas repetidas de la satisfacción vital, tomando como factor intersujeto la exclusión escolar en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta ² parcial	gl	MC	F	Eta ² parcial
T	Sv	,997	1	19,838	1,792	,003	3	534,260	20,148***	,081
	Sv X VI	,984	3	42,560	3,845*	,016				
	VI									
O	Sv	,994	1	23,942	2,001	,006	3	292,733	11,431***	,093
	Sv X VI	,980	3	27,554	2,302	,020				
	VI									
A	Sv	,999	1	1,947	,190	,001	3	263,669	9,633***	,076
	Sv X VI	,987	3	15,168	1,478	,013				
	VI									

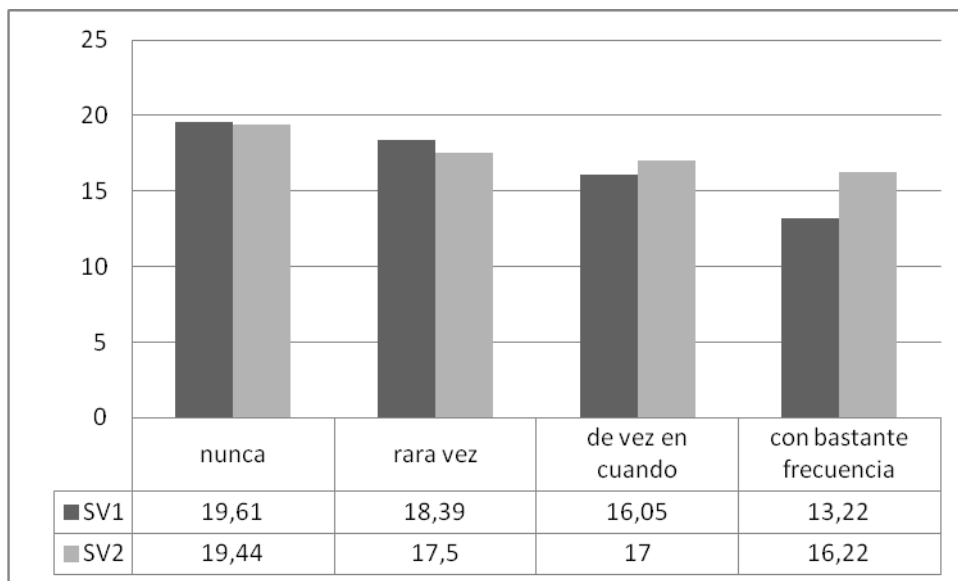


Figura 27: Medias en satisfacción vital en la oleada 1 y en la oleada 2, en chicos, según la exclusión escolar en la oleada 1.

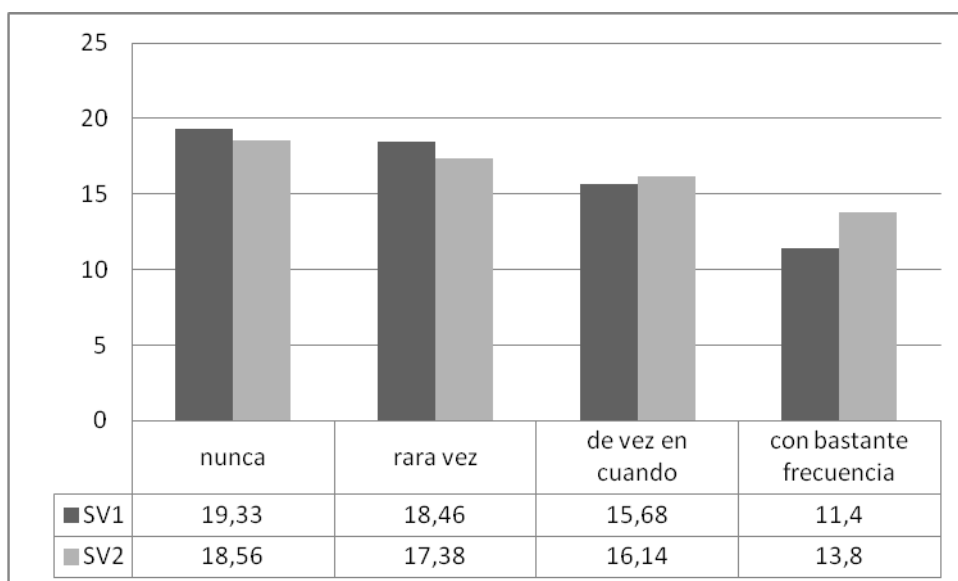


Figura 28: Medias en satisfacción vital en la oleada 1 y en la oleada 2, en chicas, según la exclusión escolar en la oleada 1.

Tabla 42: Análisis de varianza de medidas repetidas de la satisfacción vital, tomando como factor intersujeto el acoso escolar sufrido en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta ² parcial	gl	MC	F	Eta ² parcial
T	Sv	,999	1	7,683	,685	,001	3	554,368	20,990***	,084
	Sv X VI	,995	3	12,295	1,096	,005				
O	Sv	1	1	,281	,023	,000	3	307,964	12,105***	,098
	Sv X VI	,992	3	10,232	,842	,008				
A	Sv	,998	1	6,128	,598	,002	3	269,887	9,880***	,078
	Sv X VI	,986	3	16,953	1,654	,014				

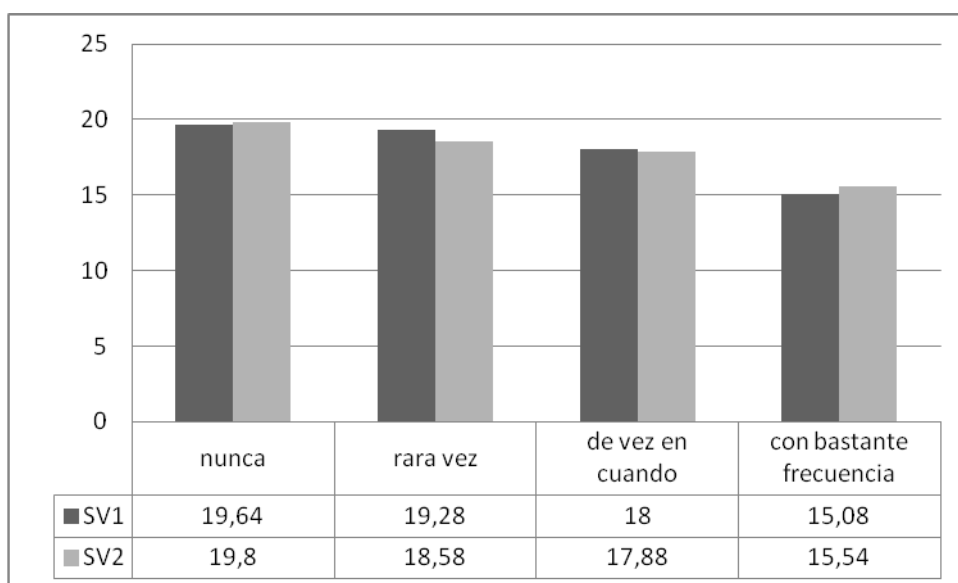


Figura 29: Medias en satisfacción vital en la oleada 1 y en la oleada 2, en chicos, según el acoso escolar sufrido en la oleada 1.

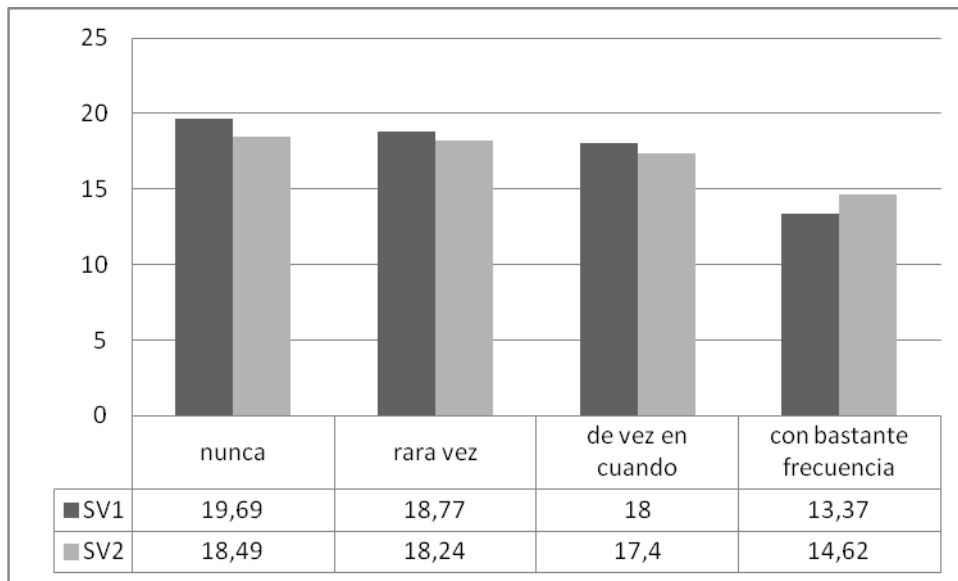


Figura 30: Medias en satisfacción vital en la oleada 1 y en la oleada 2, en chicas, según el acoso escolar sufrido en la oleada 1.

Tabla 43: Análisis de varianza de medidas repetidas de la satisfacción vital, tomando como factor intersujeto el acoso escolar ejercido en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta ² parcial	gl	MC	F	Eta ² parcial
T	Sv	,987***	1	97,998	8,796**	,013				
	Sv X VI	,990	3	25,819	2,317	,010				
	VI						3	240,405	8,648***	,036
O	Sv	,995	1	21,131	1,762	,005				
	Sv X VI	,982	3	24,477	2,041	,018				
	VI						3	66,041	2,389	,021
A	Sv	,975**	1	93,032	9,045**	,025				
	Sv X VI	,989	3	12,872	1,251	,011				
	VI						3	262,739	9,596***	,076

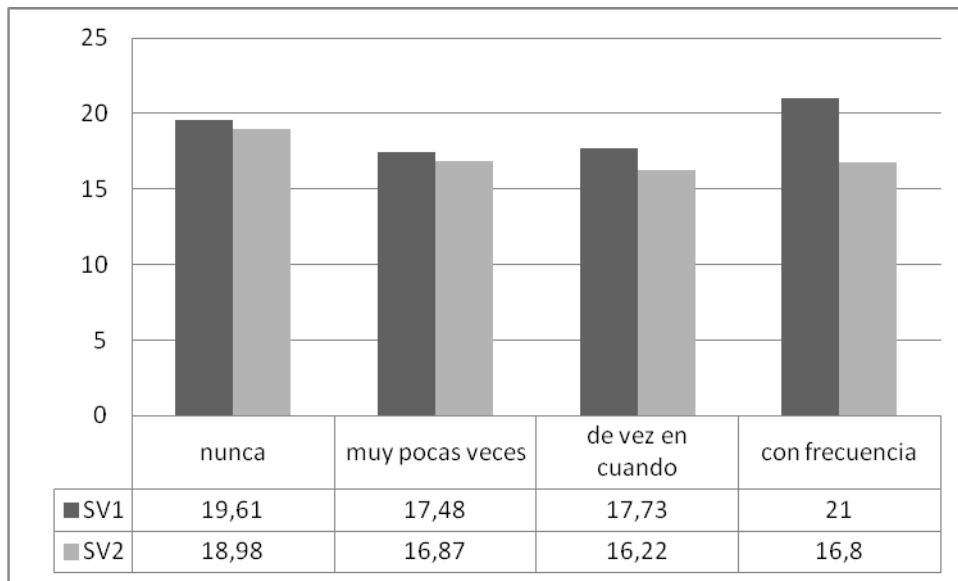


Figura 31: Medias en satisfacción vital en la oleada 1 y en la oleada 2, en chicas, según el acoso escolar ejercido en la oleada 1.

Satisfacción vital y relación con los iguales

En este apartado analizaremos el efecto sobre la satisfacción vital de la facilidad para hacer amigos, el número de buenos amigos, el número de tardes que se sale con los amigos a la semana, y la resistencia a la presión grupal.

La facilidad para hacer amigos y amigas explica hasta un 9% de la varianza de la satisfacción vital en los chicos y un 4,5% en las chicas (ver tabla 44). Los chicos y chicas que tienen muy fácil hacer amigos y amigas son los más satisfechos, y aquéllos y aquéllas que lo tienen muy difícil son los menos satisfechos (ver figuras 32 y 33).

Tabla 44: Análisis de varianza de medidas repetidas de la satisfacción vital, tomando como factor intersujeto la facilidad para hacer amigos/as en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta ² parcial	gl	MC	F	Eta ² parcial
T	Sv	,996	1	26,742	2,451	,004	4	263,651	9,596***	,053
	Sv X VI	,993	4	12,217	1,120	,007				
	VI									
O	Sv	1	1	1,266	,110	,000	4	210,867	8,149***	,090
	Sv X VI	,986	4	13,331	1,157	,014				
	VI									
A	Sv	,982*	1	64,561	6,332*	,018	4	115,522	4,048**	,045
	Sv X VI	,980	4	18,111	1,776	,020				
	VI									

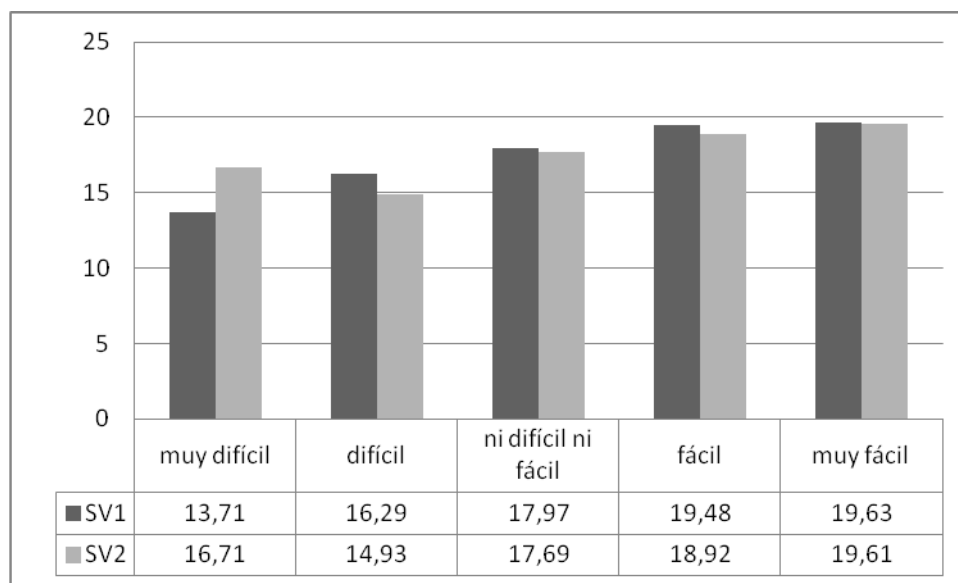


Figura 32: Medias en satisfacción vital en la oleada 1 y en la oleada 2 en chicos, según la facilidad para hacer amigos en la oleada 1.

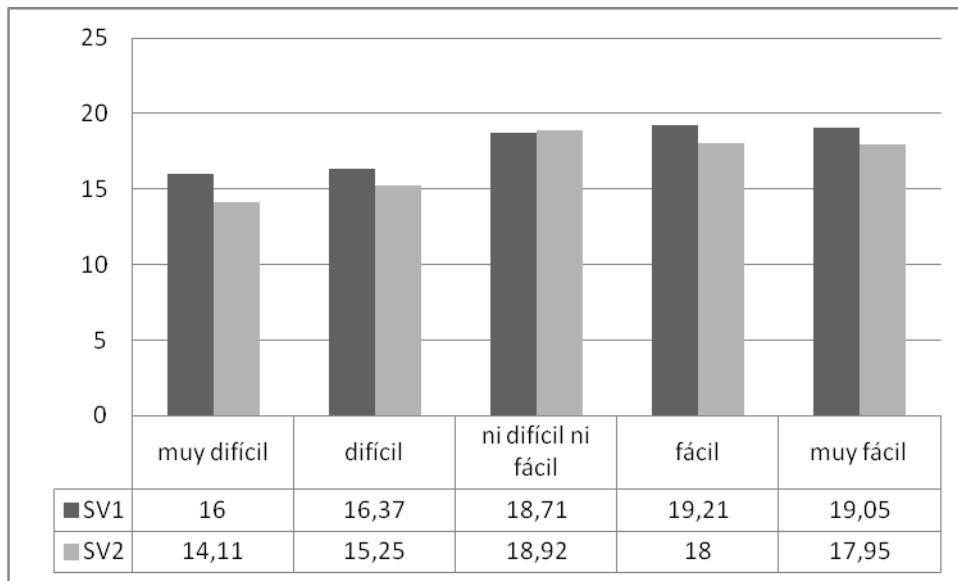


Figura 33: Medias en satisfacción vital en la oleada 1 y en la oleada 2 en chicas, según la facilidad para hacer amigos en la oleada 1.

El número de buenos amigos y amigas también tiene efecto significativo sobre la satisfacción. Mientras que en los chicos explica el 4,8% de la varianza, en las chicas explica el 3,7% (ver tabla 45).

Tanto en chicas como en chicos, la menor media en satisfacción vital la presentan aquéllos y aquéllas sin amigos. Esta media en satisfacción vital resulta mayor en los y las adolescentes con un mayor número de amigos (5 y 6 ó más; ver figuras 34 y 35).

Tabla 45: Análisis de varianza de medidas repetidas de la satisfacción vital, tomando como factor intersujeto el número de amigos y amigas en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta ² parcial	gl	MC	F	Eta ² parcial
T	Sv	1	1	1,723	,157	,000	6	105,284	3,741**	,033
	Sv X VI	,985	6	19,006	1,733	,015				
O	VI						6	72,133	2,676*	,048
	Sv X VI	,999	1	2,588	,218	,001				
A	VI	,991	6	5,620	,474	,009	6	64,118	2,202*	,037
	Sv X VI	,997	1	9,941	,974	,003				
	VI	,970	6	17,941	1,757	,030	6	64,118	2,202*	,037
	Sv X VI									

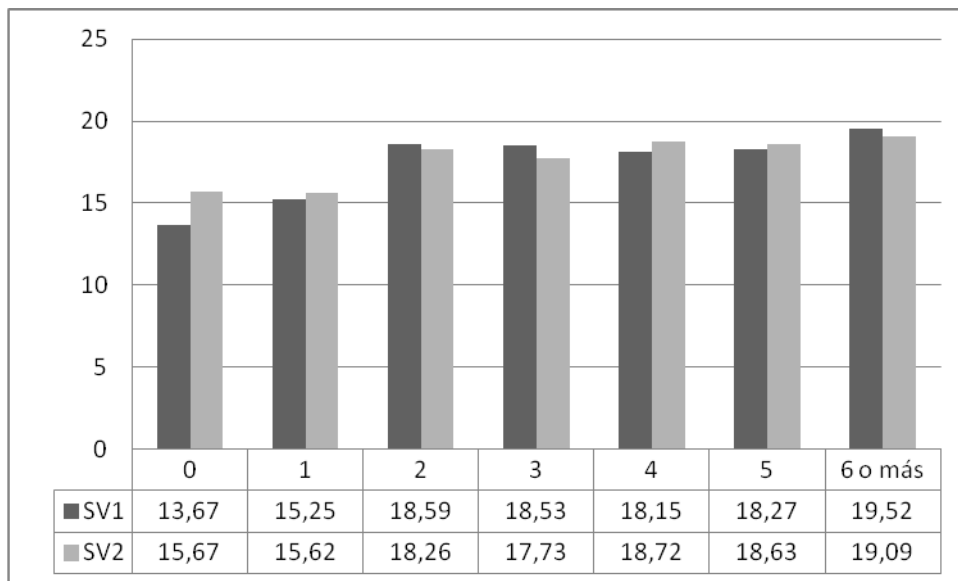


Figura 34: Medias en satisfacción vital en la oleada 1 y en la oleada 2 en chicos, según el número de amigos en la oleada 1.

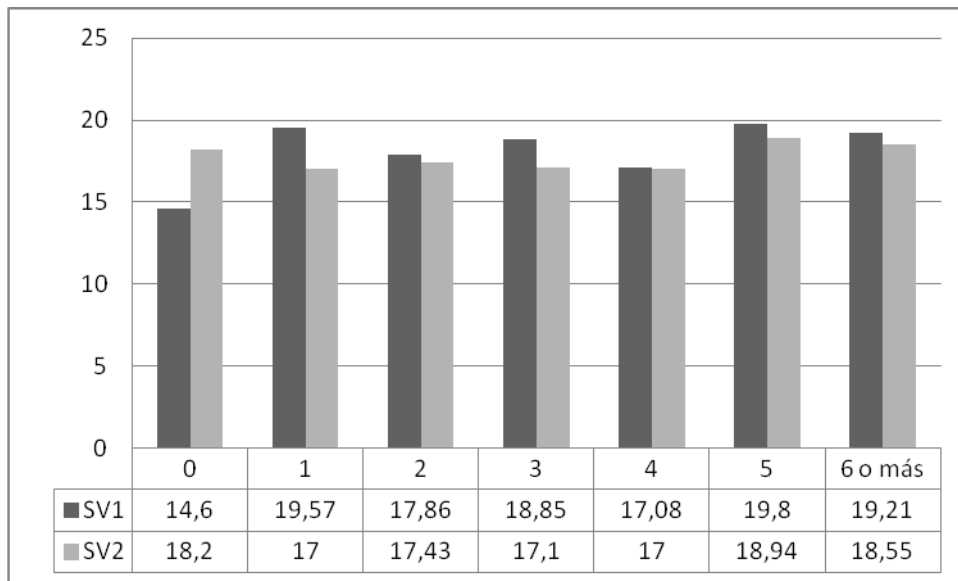


Figura 35: Medias en satisfacción vital en la oleada 1 y en la oleada 2 en chicas, según el número de amigos en la oleada 1.

En cambio, el número de tardes que se sale con los amigos sólo tiene efecto significativo en los chicos, aunque explicando apenas el 2% (ver tabla 46). En la tabla 47, se muestra que el número de tardes correlaciona de forma positiva con la satisfacción vital sólo en la oleada 2 (en particular, entre los chicos).

Tabla 46: Análisis de varianza de medidas repetidas de la satisfacción vital, tomando como covariable el número de tardes con los amigos a la semana en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado		Contraste intrasujeto			Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta ² parcial	gl	MC	F	Eta ² parcial
T	SV	,987	1	97,572	9,003**	,013	1	96,060	3,344	,005
	SV X VI	,996	1	28,603	2,639	,004				
	VI									
O	SV	,995	1	18,889	1,652	,005	1	195,817	7,101**	,021
	SV X VI	,998	1	7,462	,653	,002				
	VI									
A	SV	,977	1	85,976	8,358**	,023	1	1,933	,065	,000
	SV X VI	,994	1	20,234	1,967	,006				
	VI									

Tabla 47: Correlaciones de orden 0 entre el número de tardes con los amigos, y la satisfacción vital en la oleada 1 y en la oleada 2, tomando la muestra total y dividiéndola por sexos.

	Total		Chicos		Chicas	
	SV1	SV2	SV1	SV2	SV1	SV2
Nº de tardes con los amigos	,017	,096*	,071	,154**	-,042	,027

Finalmente, la resistencia a la presión grupal explica cerca de un 4% de la varianza de la satisfacción vital en las chicas solamente (ver tabla 48).

Las chicas menos resistentes a la presión grupal ("me resulta muy difícil y no digo nada") son las más insatisfechas con su vida, frente a las más resistentes, como se puede ver en la figura 36.

Tabla 48: Análisis de varianza de medidas repetidas de la satisfacción vital, tomando como factor intersujeto la resistencia a la presión grupal en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta ² parcial	gl	MC	F	Eta ² parcial
T	Sv	,996	1	32,884	3,050	,004				
	Sv X VI	,990	3	24,087	2,234	,010				
	VI						3	95,292	3,349*	,015
O	Sv	,999	1	2,223	,194	,001				
	Sv X VI	,994	3	7,581	,663	,006				
	VI						3	31,317	1,127	,010
A	Sv	,990	1	36,804	3,597	,010				
	Sv X VI	,986	3	16,77	1,642	,014				
	VI						3	134,547	4,700**	,039

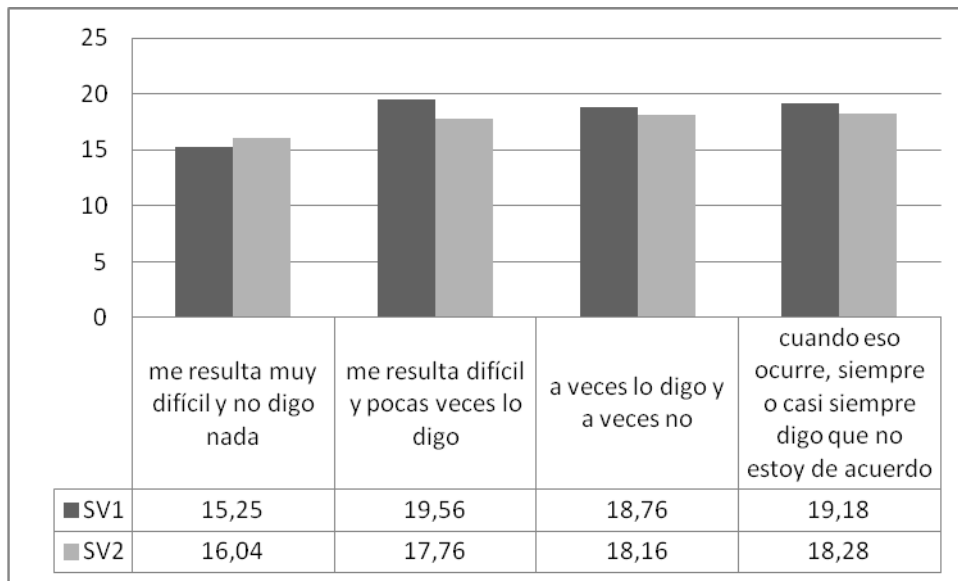


Figura 36: Medias en satisfacción vital en la oleada 1 y en la oleada 2 en chicas, según la resistencia a la presión grupal en la oleada 1.

Satisfacción vital y actividad físico-deportiva fuera del horario escolar

En la tablas 49 y 50, se presentan los análisis de varianza de medidas repetidas tomando como factores intersujeto la práctica de deporte y la realización de ejercicio físico.

Tanto en la muestra total como en las chicas se ha encontrado que la práctica de deporte extraescolar y la práctica de ejercicio físico tienen un efecto significativo en los niveles de satisfacción vital.

Como podemos ver en las figuras 37 y 38, las chicas que llevan a cabo una mayor práctica deportiva y más frecuentemente realizan ejercicio físico están más satisfechas con su vida. La práctica de deporte explica un 3,3% de la varianza de la satisfacción vital en las chicas, mientras que el ejercicio físico explica un 4,5%.

En concreto, las chicas que practican deporte varios días a la semana y aquéllas que realizan de 4 a 6 horas de ejercicio físico a la semana, son las que han presentado una media más elevada de satisfacción vital.

Tabla 49: Análisis de varianza de medidas repetidas de la satisfacción vital, tomando como factor intersujeto la práctica de deporte fuera del horario escolar en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta2 parcial	gl	MC	F	Eta2 parcial
T	Sv	,989	1	86,259	7,680**	,011	4	123,831	4,396**	,025
	Sv X VI	,997	4	6,467	,576	,003				
O	Sv	1	1	1,643	,135	,000	4	51,281	1,851	,022
	Sv X VI	,992	4	7,906	,650	,008				
A	Sv	,972	1	104,250	10,040**	,028	4	84,113	2,925*	,033
	Sv X VI	,996	4	3,670	,353	,004				

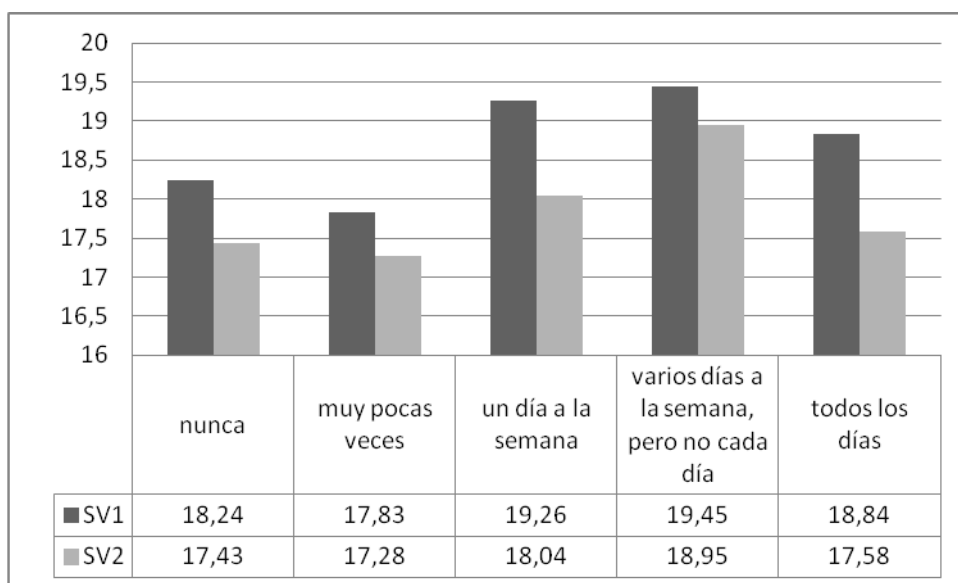


Figura 37: Medias en satisfacción vital en la oleada 1 y en la oleada 2, en chicas, según la frecuencia de práctica de deporte en horario extraescolar en la oleada 1.

Tabla 50: Análisis de varianza de medidas repetidas de la satisfacción vital, tomando como factor intersujeto la práctica de ejercicio físico en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado		Contraste intrasujeto			Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta2 parcial	gl	MC	F	Eta2 parcial
T	Sv	,995	1	38,432	3,421	,005	5	108,084	3,837**	,027
	Sv X VI	,994	5	8,893	,792	,006				
	VI									
O	Sv	1	1	,004	,000	,000	5	51,062	1,848	,027
	Sv X VI	,994	5	4,989	,408	,006				
	VI									
A	Sv	,990	1	37,381	3,642	,010	5	92,365	3,239**	,045
	Sv X VI	,979	5	14,985	1,460	,021				
	VI									

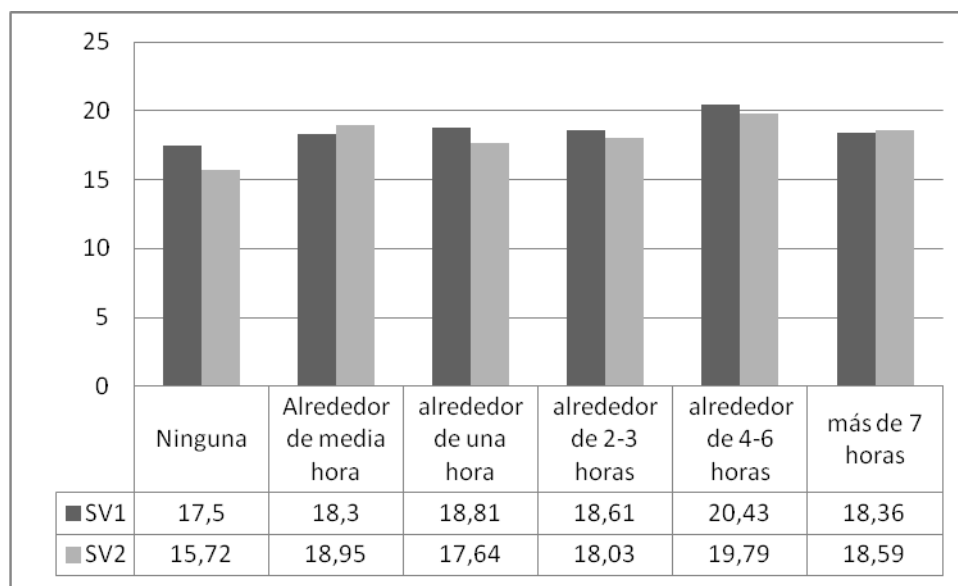


Figura 38: Medias en satisfacción vital en la oleada 1 y en la oleada 2, en chicas, según la frecuencia de práctica de ejercicio físico en la oleada 1.

Satisfacción vital y hábitos de sueño

A continuación, mostramos los resultados referentes al efecto de las variables relativas a los hábitos de sueño sobre la satisfacción vital. En la tabla 51, podemos ver el efecto principal significativo de la hora de acostarse entre semana sobre la satisfacción vital en las chicas (explicando el 8,6% de la varianza). Las chicas que se acuestan más tarde son las más insatisfechas con su vida (ver figura 39).

Tabla 51: Análisis de varianza de medidas repetidas de la satisfacción vital, tomando como factor intersujeto la hora de acostarse entre semana en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta ² parcial	gl	MC	F	Eta ² parcial
T	Sv	,992	1	63,650	5,646*	,008	8	55,815	1,971*	,023
	Sv X VI	,993	8	6,677	,592	,007				
	VI									
O	Sv	,999	1	4,471	,362	,001	8	46,591	1,692	,039
	Sv X VI	,996	8	2,286	,185	,004				
	VI									
A	Sv	,979	1	77,736	7,532**	,021	8	110,187	4,031***	,086
	Sv X VI	,976	8	10,966	1,063	,024				
	VI									

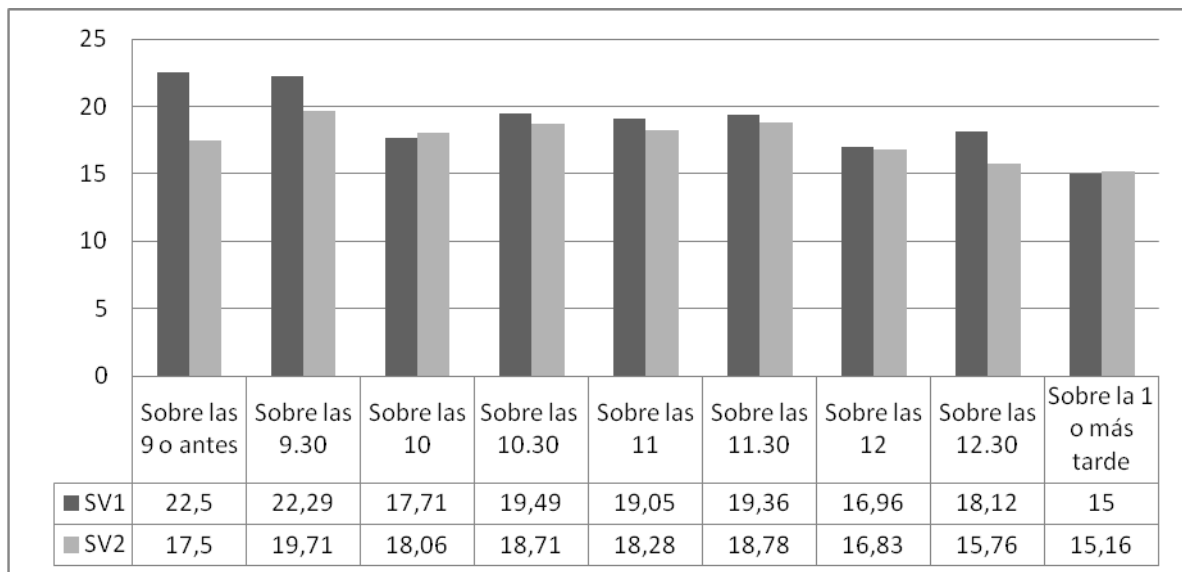


Figura 39: Medias en satisfacción vital en la oleada 1 y en la oleada 2 en chicas, según la hora de acostarse entre semana.

Respecto a la hora de acostarse en el fin de semana, tanto en los chicos como en las chicas esta variable presenta efectos significativo, explicando el 6,4 % de la varianza de la satisfacción vital en ellas y el 4,9% en ellos (ver tabla 52).

Los resultados han indicado que los chicos y chicas que se acuestan más tarde presentan medias más bajas en satisfacción vital, en comparación con aquellos que se acuestan antes de las 12 de la noche. Esta tendencia es más clara en las chicas (ver figuras 40 y 41).

Tabla 52: Análisis de varianza de medidas repetidas de la satisfacción vital, tomando como factor intersujeto la hora de acostarse en el fin de semana en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta ² parcial	gl	MC	F	Eta ² parcial
T	Sv	1	1	,122	,011	,000				
	Sv X VI	,993	8	6,486	,576	,007				
	VI						8	85,146	3,034**	,034
O	Sv	,997	1	10,743	,883	,003				
	Sv X VI	,981	8	9,676	,795	,019				
	VI						8	57,417	2,106*	,049
A	Sv	,995	1	17,252	1,642	,005				
	Sv X VI	,996	8	1,827	,174	,004				
	VI						8	83,302	2,961**	,064

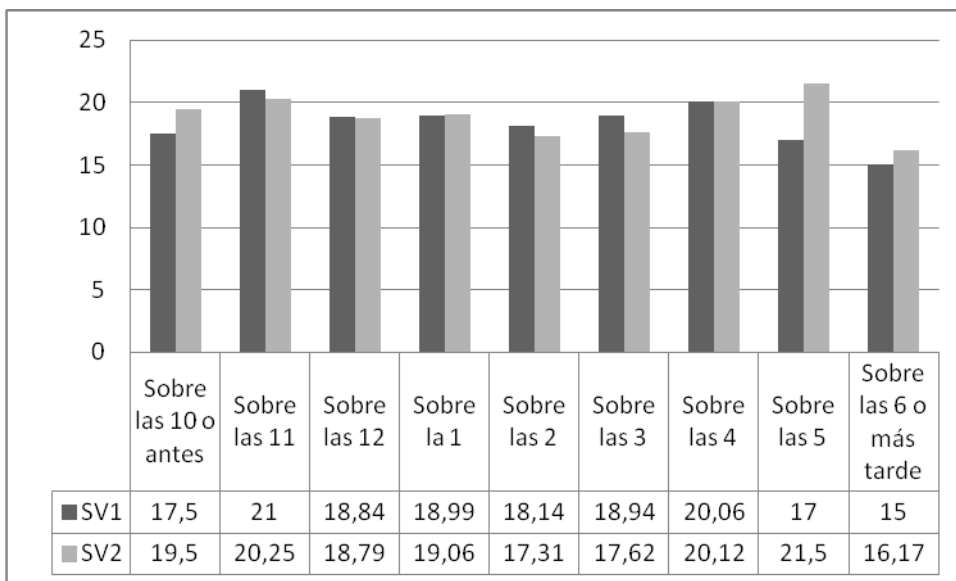


Figura 40: Medias en satisfacción vital en la oleada 1 y en la oleada 2 en chicos, según la hora de acostarse en el fin de semana.

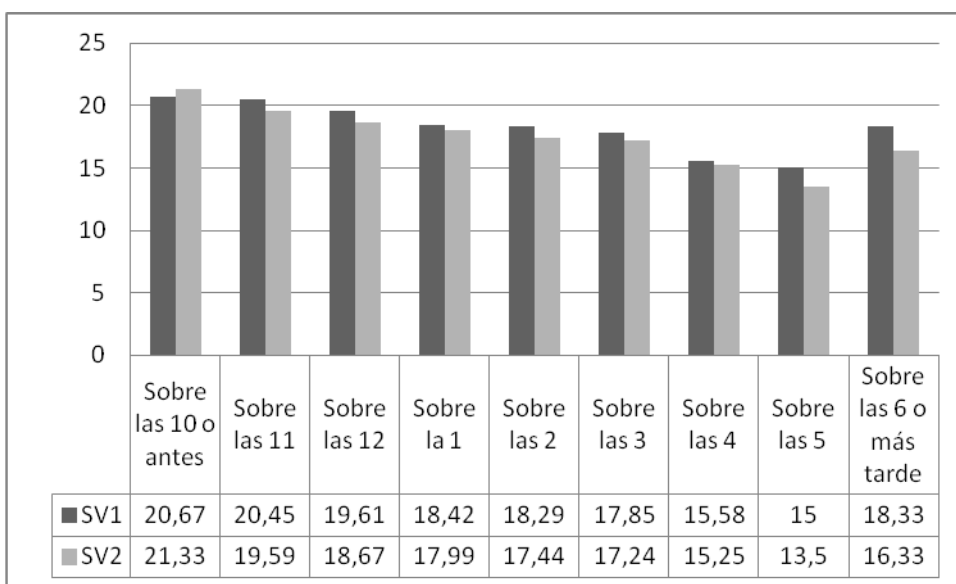


Figura 41: Medias en satisfacción vital en la oleada 1 y en la oleada 2 en chicas, según la hora de acostarse en el fin de semana.

La hora de levantarse en el fin de semana también tiene efecto significativo en la satisfacción vital de las chicas (ver tabla 53). En concreto, las chicas que se levantan a las 9 son las que están más satisfechas con su vida en ambas oleadas (ver figura 42).

Tabla 53: Análisis de varianza de medidas repetidas de la satisfacción vital, tomando como factor intersujeto la hora de levantarse en el fin de semana en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta ² parcial	gl	MC	F	Eta ² parcial
T	Sv	,991	1	68,302	6,121*	,009				
	Sv X VI	,986	6	17,596	1,577	,014				
	VI						6	41,717	1,455	,013
O	Sv	,997	1	12,923	1,073	,003				
	Sv X VI	,975	6	17,313	1,437	,025				
	VI						6	30,043	1,072	,019
A	Sv	,989	1	40,802	3,954*	,011				
	Sv X VI	,986	6	8,596	,833	,014				
	VI						6	89,536	3,152**	,052

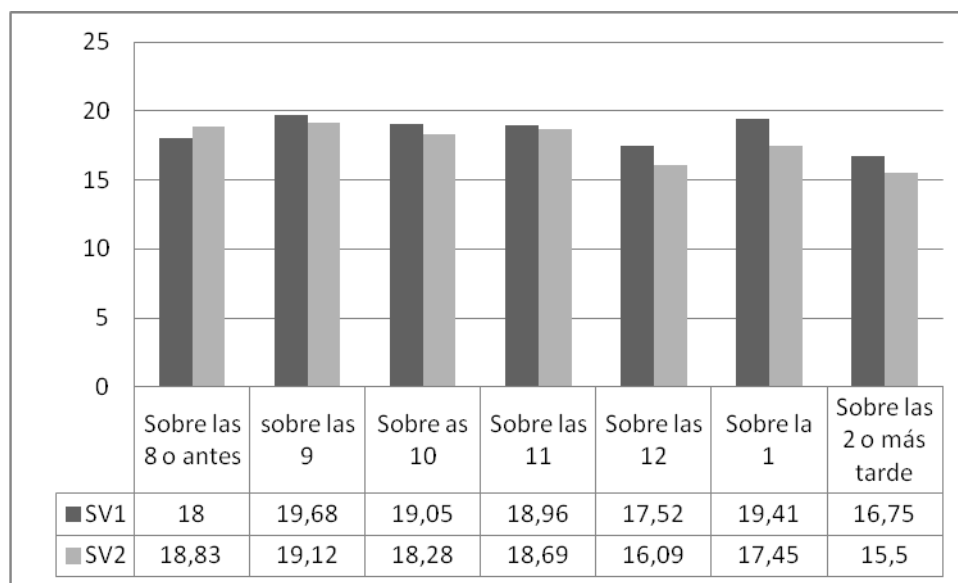


Figura 42: Medias en satisfacción vital en la oleada 1 y en la oleada 2 en chicas, según la hora de levantarse en el fin de semana.

Las tablas 54 y 55 muestran los resultados de los análisis de varianza que toman las horas de sueño entre semana y en el fin de semana como covariables. Las horas de

sueño entre semana tienen efecto significativo en las chicas (ver tabla 54), de forma que las chicas que más duermen entre semana se encuentran más satisfechas. La tabla 56 ofrece las correlaciones bivariadas.

Por otra parte, las horas de sueño en el fin de semana interaccionan con la satisfacción vital de forma significativa, cuando analizamos la muestra total (ver tabla 55).

Tabla 54: Análisis de varianza de medidas repetidas de la satisfacción vital, tomando como covariable las horas de sueño entre semana en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta ² parcial	gl	MC	F	Eta ² parcial
T	SV	,999	1	3,866	,348	,001				
	SV X VI	,999	1	8,227	,740	,001				
	VI						1	253,350	8,940**	,013
O	SV	,999	1	3,466	,285	,001				
	SV X VI	,999	1	4,552	,375	,001				
	VI						1	,197	,007	,000
A	SV	1	1	1,730	,171	,000				
	SV X VI	,998	1	5,375	,532	,002				
	VI						1	490,086	17,526***	,048

Tabla 55: Análisis de varianza de medidas repetidas de la satisfacción vital, tomando como covariable las horas de sueño en el fin de semana en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta ² parcial	gl	MC	F	Eta ² parcial
T	SV	,995	1	38,220	3,429	,005	1	115,776	4,039*	,006
	SV X VI	,992	1	59,423	5,332*	,008				
	VI									
O	SV	,992	1	30,853	2,557	,008	1	69,596	2,491	,007
	SV X VI	,991	1	37,500	3,108	,009				
	VI									
A	SV	,998	1	6,331	,616	,002	1	64,019	2,181	,006
	SV X VI	,996	1	15,916	1,549	,004				
	VI									

Tabla 56: Correlaciones de orden 0 entre las horas de sueño entre semana y las horas de sueño en el fin de semana, y la satisfacción vital en la oleada 1 y en la oleada 2, tomando la muestra total y dividiéndola por sexos.

	Total		Chicos		Chicas	
	SV1	SV2	SV1	SV2	SV1	SV2
Horas de sueño entre semana	,112**	,081*	,010	-,016	,213**	,168**
Horas de sueño en el fin de semana	,109**	,020	,121*	,023	,098	,032

Y finalmente señalamos el efecto significativo del cansancio matinal en la satisfacción vital, tanto en los chicos como en las chicas (ver tabla 57).

Los adolescentes con una media más baja en satisfacción vital son aquellos que se levantan cansados cuatro o más veces por semana (ver figuras 43 y 44).

Tabla 57: Análisis de varianza de medidas repetidas de la satisfacción vital, tomando como factor intersujeto el cansancio matinal en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta ² parcial	gl	MC	F	Eta ² parcial
T	Sv	,995	1	38,817	3,479	,005				
	Sv X VI	,992	3	20,538	1,841	,008				
	VI						3	242,233	8,704***	,037
O	Sv	,999	1	4,516	,372	,001				
	Sv X VI	,994	3	8,806	,726	,006				
	VI						3	125,387	4,626**	,040
A	Sv	,987	1	46,287	4,515*	,013				
	Sv X VI	,988	3	14,662	1,430	,012				
	VI						3	165,062	5,834**	,048

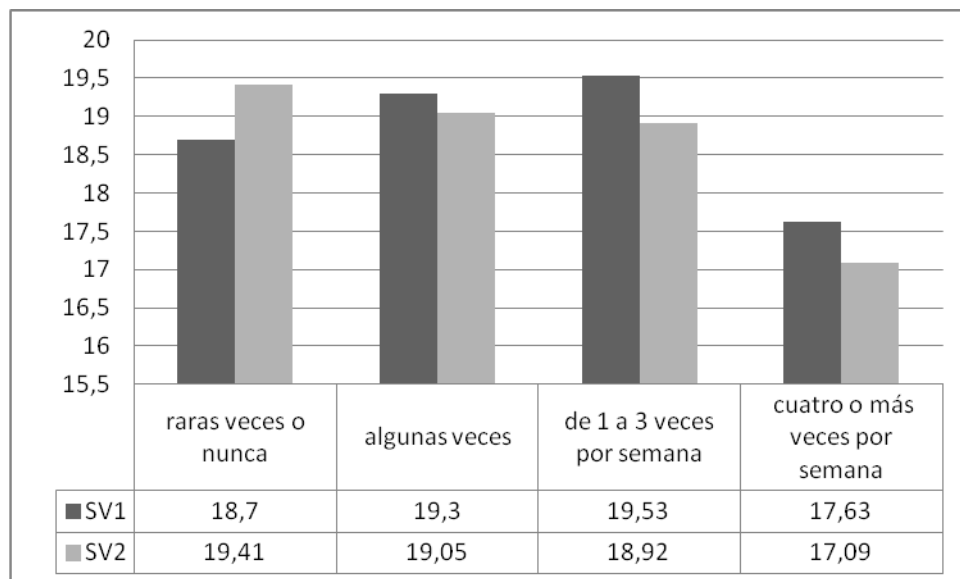


Figura 43: Medias en satisfacción vital en la oleada 1 y en la oleada 2 en chicos, según la frecuencia de cansancio matinal.

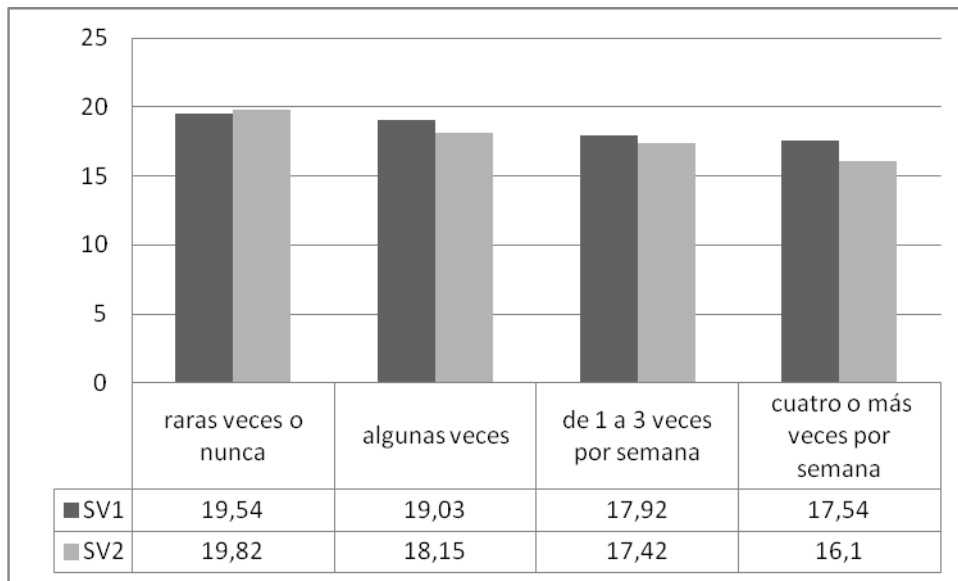


Figura 44: Medias en satisfacción vital en la oleada 1 y en la oleada 2 en chicas, según la frecuencia de cansancio matinal.

Satisfacción vital y consumo de sustancias

La frecuencia en el consumo de cerveza tiene efecto significativo tanto en chicas como en chicos, si bien apenas explica un 3% de la varianza de la satisfacción vital en la muestra total (ver tabla 58).

Los chicos y chicas que nunca han bebido cerveza son los que presentan una mayor satisfacción vital. Por otra parte, los chicos que presentan un mayor consumo son los que presentan una menor satisfacción vital, en ambas oleadas (figura 45). Ello también se aplica a la chicas en el caso de la segunda oleada (figura 46).

Tabla 58: Análisis de varianza de medidas repetidas de la satisfacción vital, tomando como factor intersujeto la frecuencia en el consumo de cerveza en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta ² parcial	gl	MC	F	Eta ² parcial
T	Sv	,997	1	19,099	1,709	,003	4	153,935	5,579***	,032
	Sv X VI	,993	4	12,469	1,116	,007				
VI										
O	Sv	,993	1	27,922	2,319	,007	4	101,922	3,736**	,043
	Sv X VI	,986	4	14,151	1,175	,014				
VI										
A	Sv	,972**	1	101,800	10,017**	,028	2	162,635	5,873**	,033
	Sv X VI	,981*	2	33,828	3,329*	019				
VI										

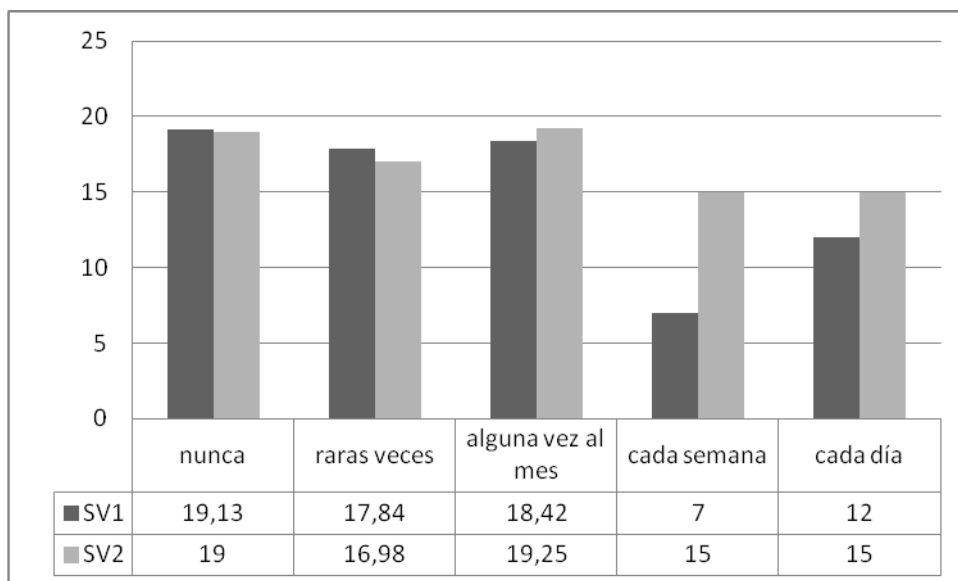


Figura 45: Medias en satisfacción vital en la oleada 1 y en la oleada 2 en chicos, según el consumo de cerveza.

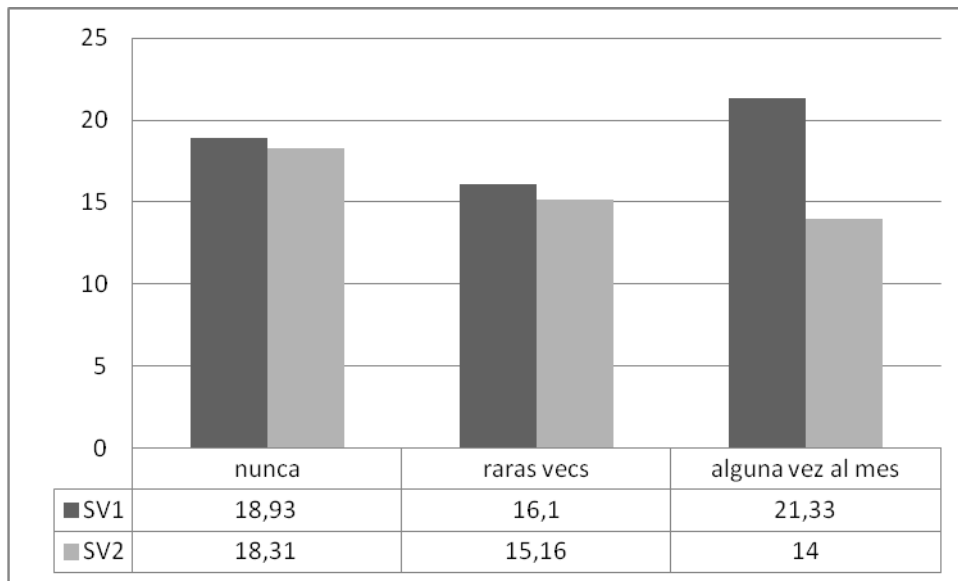


Figura 46: Medias en satisfacción vital en la oleada 1 y en la oleada 2 en chicas, según el consumo de cerveza.

El consumo de vino también presenta efectos significativos, explicando un 4,4% de la varianza en la muestra total (ver tabla 59).

Los chicos y chicas que nunca han bebido vino son los más satisfechos con su vida, en comparación con aquéllos que lo consumen con cierta frecuencia (ver figuras 47 y 48). La submuestra que lo consume cada día incluye un número mínimo de sujetos y resulta irrelevante a estos efectos.

Tabla 59: Análisis de varianza de medidas repetidas de la satisfacción vital, tomando como factor intersujeto la frecuencia en el consumo de vino en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta ² parcial	gl	MC	F	Eta ² parcial
T	Sv	,993*	1	51,910	4,686*	,007				
	Sv X VI	,989	4	21,446	1,936	,011				
	VI						4	210,164	7,734***	,044
O	Sv	,998	1	6,662	,558	,002				
	Sv X VI	,994	3	8,505	,712	,006				
	VI						3	127,203	4,671**	,041
A	Sv	,989*	1	40,421	3,958*	,011				
	Sv X VI	,978	3	26,564	2,601	,022				
	VI						3	205,592	7,669***	,063

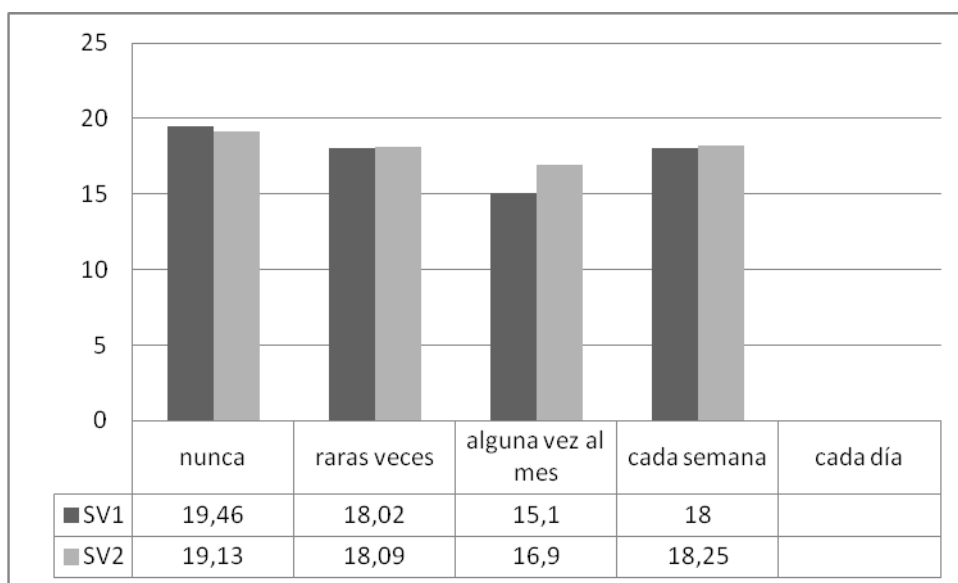


Figura 47: Medias en satisfacción vital en la oleada 1 y en la oleada 2 en chicos, según el consumo de vino.

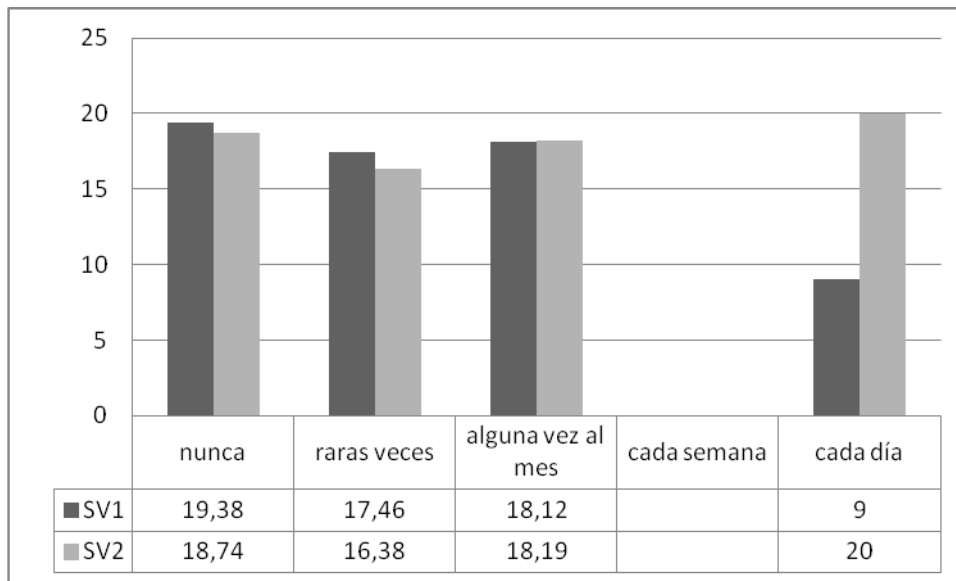


Figura 48: Medias en satisfacción vital en la oleada 1 y en la oleada 2 en chicas, según el consumo de vino.

Y respecto a los licores, sólo en las chicas su consumo tiene efecto significativo en la satisfacción vital, explicando hasta un 7,4% de la varianza (ver tabla 60). Como podemos ver en la figura 49, las chicas que nunca han tomado licores son las más satisfechas con su vida, mientras que las menos satisfechas con su vida son aquéllas que lo consumen con regularidad.

Tabla 60: Análisis de varianza de medidas repetidas de la satisfacción vital, tomando como factor intersujeto la frecuencia en el consumo de licores en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta ² parcial	gl	MC	F	Eta ² parcial
T	Sv	,999	1	7,028	,630	,001	3	243,300	8,774***	,037
	Sv X VI	,996	3	9,036	,809	,004				
O	Sv	1	1	,392	,033	,000	3	51,304	1,853	,017
	Sv X VI	,997	3	4,004	,801	,003				
A	Sv	,996	1	14,899	1,441	,004	3	251,910	9,186***	,074
	Sv X VI	,989	3	13,475	1,303	,011				

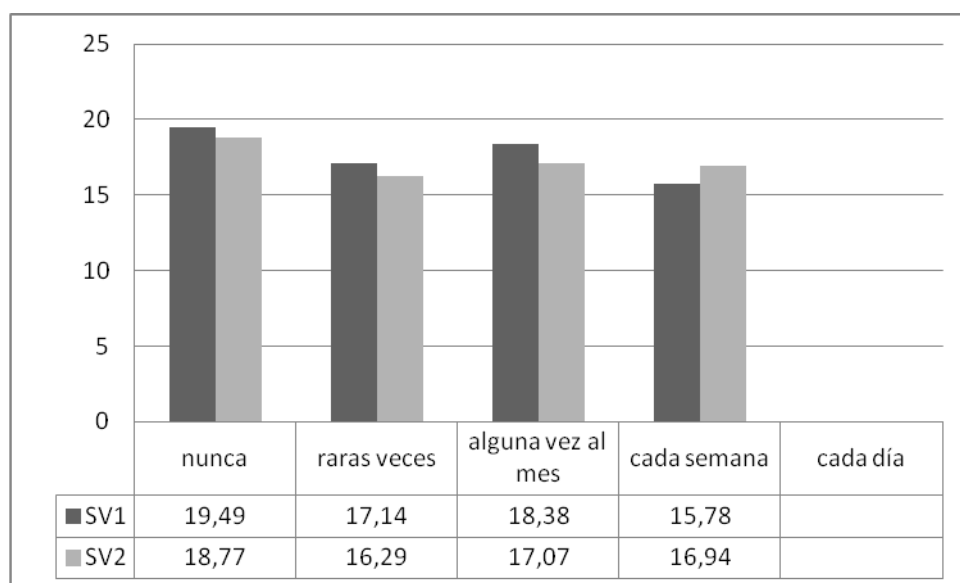


Figura 49: Medias en satisfacción vital en la oleada 1 y en la oleada 2 en chicas, según el consumo de licores.

Seguidamente, en la tabla 61 se constata cómo la frecuencia de embriaguez tiene efecto significativo sólo en las chicas. En la figura 50, puede observarse que las chicas que nunca se han emborrachado presentan la mayor media en satisfacción vital, en comparación con las que lo han hecho una y dos o tres veces. El porcentaje de varianza explicada es algo superior al 5%. La submuestra que se ha embriagado más de 10 veces incluye un número mínimo de sujetos y resulta irrelevante a estos efectos.

Tabla 61: Análisis de varianza de medidas repetidas de la satisfacción vital, tomando como factor intersujeto la frecuencia de embriaguez en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta ² parcial	gl	MC	F	Eta ² parcial
T	Sv	,994	1	42,641	3,821	,006				
	Sv X VI	,989	4	21,801	1,954	,011				
							4	69,877	2,450*	,014
O	Sv	,995	1	20,253	1,662	,005				
	Sv X VI	,991	4	8,698	,714	,009				
							4	48,870	1,758	,021
A	Sv	,990	1	35,628	3,490	,010				
	Sv X VI	,979	4	18,958	1,857	,021				
							4	133,639	4,741**	,052

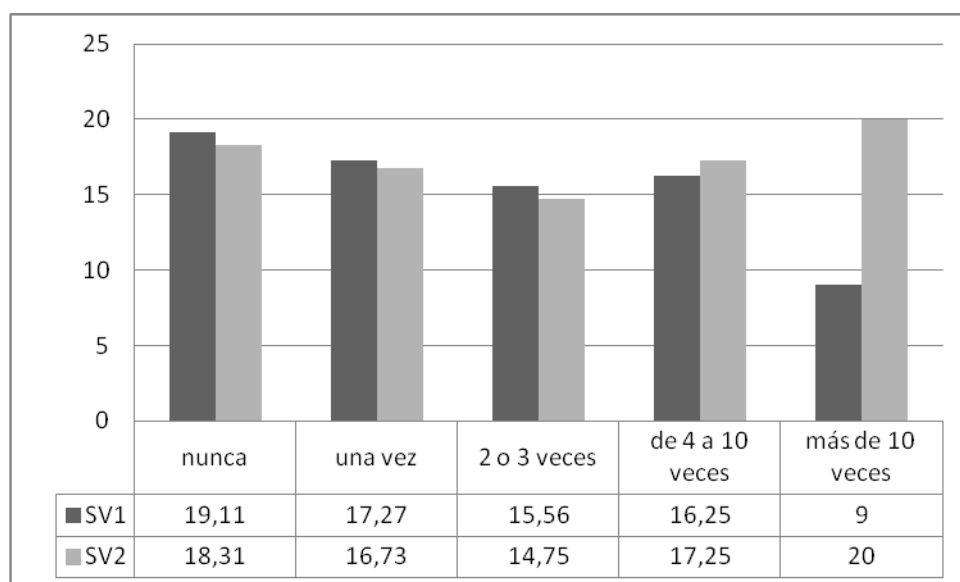


Figura 50: Medias en satisfacción vital en la oleada 1 y en la oleada 2 en chicas, según la frecuencia de embriaguez.

Cuando analizamos el efecto del consumo relativo de alcohol en el botellón, en comparación con el que considera que hacen sus amigos o amigas, los resultados han sido significativos en la muestra total, pero explicando poco más del 1% de la satisfacción vital (ver tabla 62).

Los adolescentes que nunca o casi nunca han ido de botellón son los más satisfechos, seguidos de aquéllos o aquéllas que cuando van no beben alcohol (ver figura 51 y 52).

En los chicos, encontramos una interacción significativa entre la satisfacción vital y el consumo en el botellón, con un valor de η^2 parcial de 0,029.

Tabla 62: Análisis de varianza de medidas repetidas de la satisfacción vital, tomando como factor intersujeto el consumo comparado de alcohol en el botellón en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta ² parcial	gl	MC	F	Eta ² parcial
T	Sv	,998	1	12,369	1,109	,002				
	Sv X VI	,988	4	22,497	2,018	,012				
	VI						4	70,679	2,478*	,014
O	Sv	,987	1	52,691	4,429*	,013				
	Sv X VI	,971	4	29,655	2,493*	,029				
	VI						4	53,039	1,916	,022
A	Sv	,994	1	22,081	2,149	,006				
	Sv X VI	,984	4	14,785	1,439	,016				
	VI						4	62,576	2,151	,024

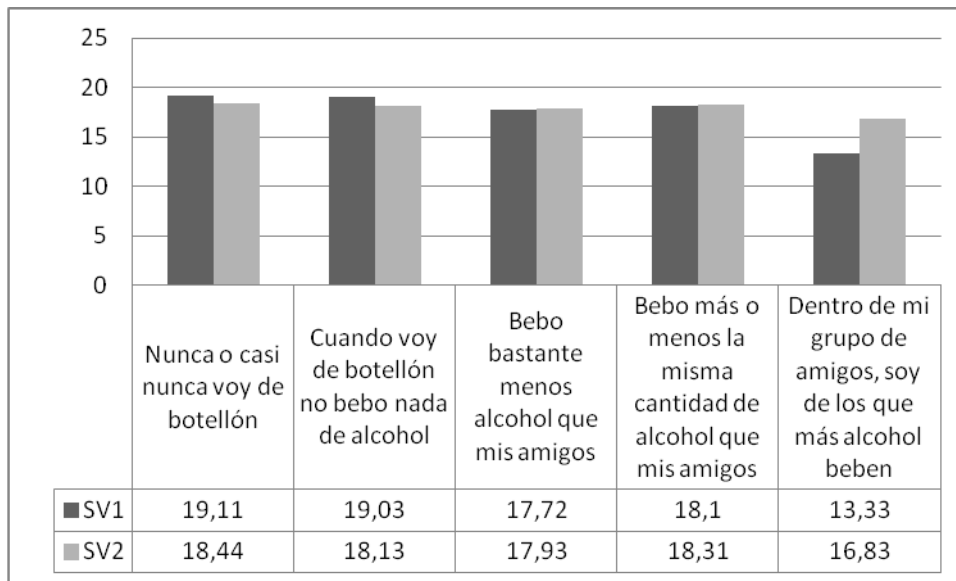


Figura 51: Medias en satisfacción vital en la oleada 1 y en la oleada 2, según el consumo comparado de alcohol en el botellón en la oleada 1.

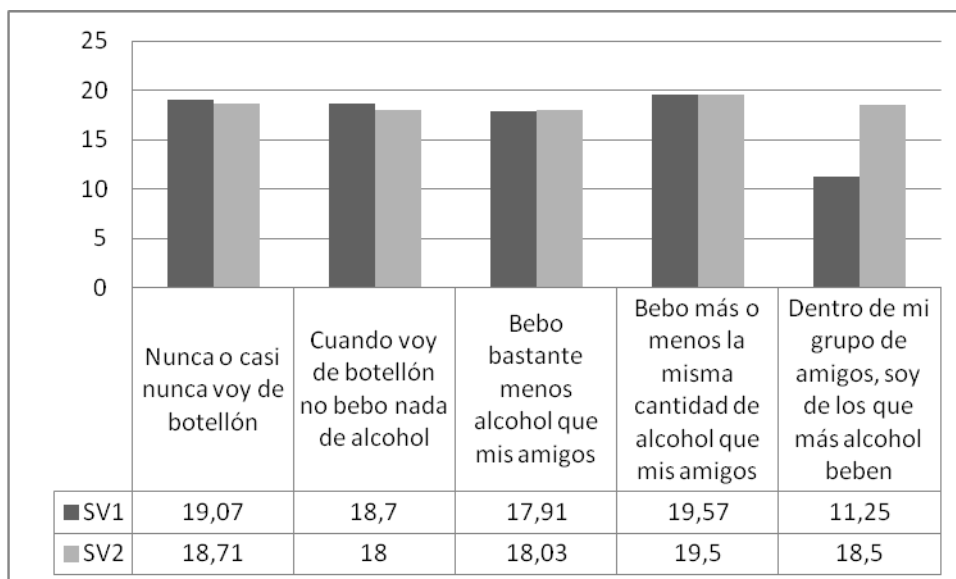


Figura 52: Medias en satisfacción vital en la oleada 1 y en la oleada 2 en chicos, según el consumo comparado de alcohol en el botellón en la oleada 1.

Concluimos este apartado dedicado al consumo de sustancias, analizando el efecto del consumo de tabaco y del consumo de drogas (cannabis).

La frecuencia en el consumo de tabaco explica un 7,2% de la satisfacción vital en las chicas (ver tabla 63), siendo las chicas que no fuman las más satisfechas con su vida y las que fuman todos los días, las que menos lo están (ver figura 53).

Finalmente, la frecuencia en el consumo de cannabis también presenta un efecto significativo sólo en chicas (explicando el 5,5% de la varianza; ver tabla 64). Las chicas que no han tomado drogas (cannabis) nunca son las más satisfechas con su vida (ver figura 55).

En los chicos el consumo de cannabis tiene una interacción significativa con los niveles de satisfacción vital (ver tabla 64), estando más satisfechos con su vida los que nunca han tomado cannabis en ninguna de las dos oleadas (ver figura 54).

Tabla 63: Análisis de varianza de medidas repetidas de la satisfacción vital, tomando como factor intersujeto la frecuencia de fumar tabaco en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta ² parcial	gl	MC	F	Eta ² parcial
T	Sv	,999	1	7,586	,701	,001				
	Sv X VI	,989	3	27,883	2,576	,011				
	VI						3	217,817	7,771***	,033
O	Sv	,998	1	5,652	,497	,002				
	Sv X VI	,978	3	28,049	2,468	,022				
	VI						3	50,245	1,802	,016
A	Sv	1	1	,609	,059	,000				
	Sv X VI	,990	3	12,575	1,225	,010				
	VI						3	247,879	8,966***	,072

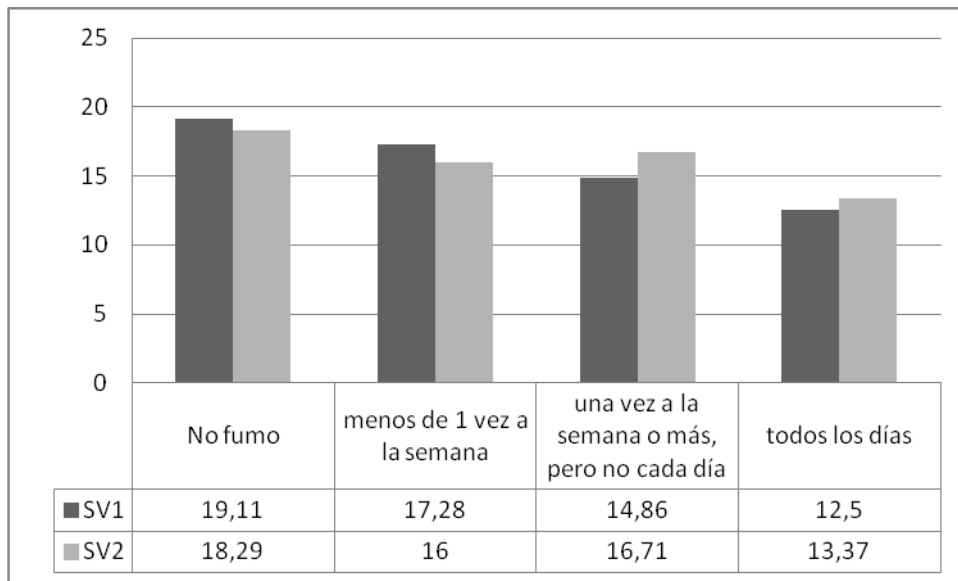


Figura 53: Medias en satisfacción vital en la oleada 1 y en la oleada 2 en chicas, según la frecuencia de fumar tabaco.

Tabla 64: Análisis de varianza de medidas repetidas de la satisfacción vital, tomando como factor intersujeto la frecuencia en el consumo drogas (cannabis) en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta ² parcial	gl	MC	F	Eta ² parcial
T	Sv	,999	1	4,612	,428	,001				
	Sv X VI	,974	2	95,384	8,853***	,026				
	VI						2	227,376	8,135***	,024
O	Sv	1	1	,005	,000	,000				
	Sv X VI	,959	2	78,068	6,871**	,041				
	VI						2	36,596	1,315	,008
A	Sv	,999	1	3,323	,324	,001				
	Sv X VI	,990	2	17,837	1,738	,010				
	VI						2	275,412	9,944***	,055

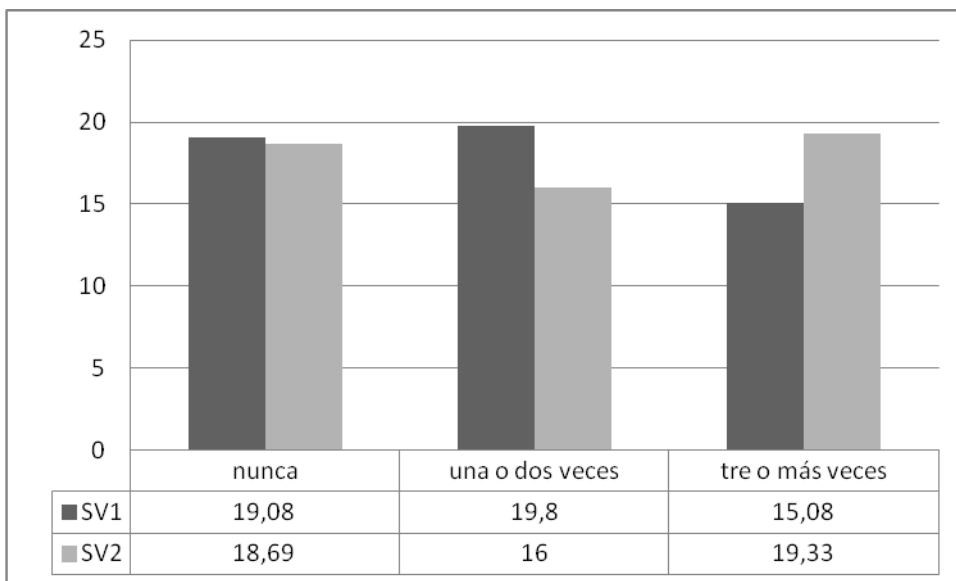


Figura 54: Medias en satisfacción vital en la oleada 1 y en la oleada 2 en chicos, según la frecuencia de consumo de drogas (cannabis).

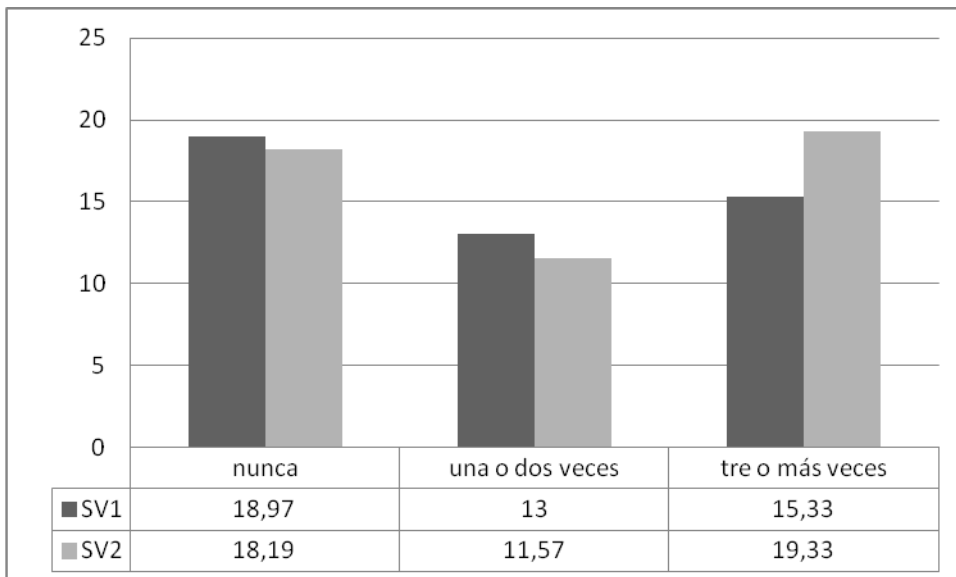


Figura 55: Medias en satisfacción vital en la oleada 1 y en la oleada 2 en chicas, según la frecuencia de consumo de drogas (cannabis).

Satisfacción vital y autopercepción, rumiación e inteligencia emocional

Entre las características psicológicas, presentaremos los resultados relativos a la autoestima, la satisfacción corporal, la rumiación, y la inteligencia emocional.

En la tabla 65 mostramos los resultados del análisis de varianza con la autoestima como variable intersujeto. Los resultados señalan tanto en chicas como en chicos que la autoestima tiene un importante efecto sobre la satisfacción vital.

Una mayor autoestima está asociada a una mayor satisfacción vital (ver tabla 66). En las chicas, la autoestima explica el 34,2% de la varianza de la satisfacción vital, y en los chicos el 31,3%.

La satisfacción corporal también presenta un efecto muy importante sobre la satisfacción vital (ver tabla 67). En las chicas explica el 14,2%, mientras que en los chicos, el 13,4% de la varianza.

En las figuras 56 y 57, puede observarse que los chicos y chicas con medias más elevadas en satisfacción vital son quienes muestran mayor aceptación corporal. Los adolescentes a los que no les gusta nada su cuerpo son los que están más insatisfechos con su vida.

Tabla 65: Análisis de varianza de medidas repetidas de la satisfacción vital, tomando como covariable la autoestima en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta ² parcial	gl	MC	F	Eta ² parcial
T	SV	,995	1	34,662	3,117	,005				
	SV X VI	,993	1	54,472	4,889*	,007				
	VI						1	6394,643	327,268***	,328
O	SV	,985	1	60,942	5,034*	,015				
	SV X VI	,983	1	70,765	5,845*	,017				
	VI						1	2920,873	150,486***	,313
A	SV	1	1	1,675	,166	,000				
	SV X VI	,998	1	7,720	,765	,002				
	VI						1	3460,745	175,914***	,342

Tabla 66: Correlaciones de orden 0 entre la autoestima y la satisfacción vital en la oleada 1 y en la oleada 2, tomando la muestra total y dividiéndola por sexos.

	Total		Chicos		Chicas	
	SV1	SV2	SV1	SV2	SV1	SV2
Autoestima	,521**	,442**	,519**	,398**	,529**	,479**

Tabla 67: Análisis de varianza de medidas repetidas de la satisfacción vital, tomando como factor intersujeto la satisfacción corporal en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

	Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
	Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta ² parcial	gl	MC	F	Eta ² parcial
Sv	,993	1	51,334	4,576*	,007				
Sv X VI	,993	4	12,975	1,157	,007				
VI						4	675,513	26,967***	,136
Sv	,999	1	5,265	,439	,001				
Sv X VI	,973	4	27,212	2,270	,027				
VI						4	316,117	12,816***	,134
Sv	,982	1	66,170	6,371*	,018				
Sv X VI	,997	4	3,090	,298	,003				
VI						4	365,980	14,317***	,142

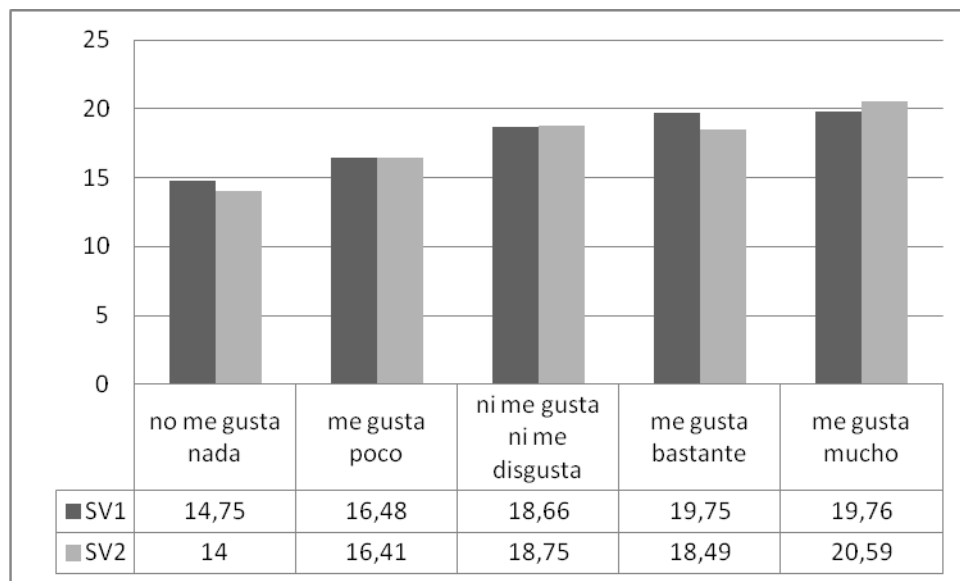


Figura 56: Medias en satisfacción vital en la oleada 1 y en la oleada 2 en chicos, según la satisfacción corporal.

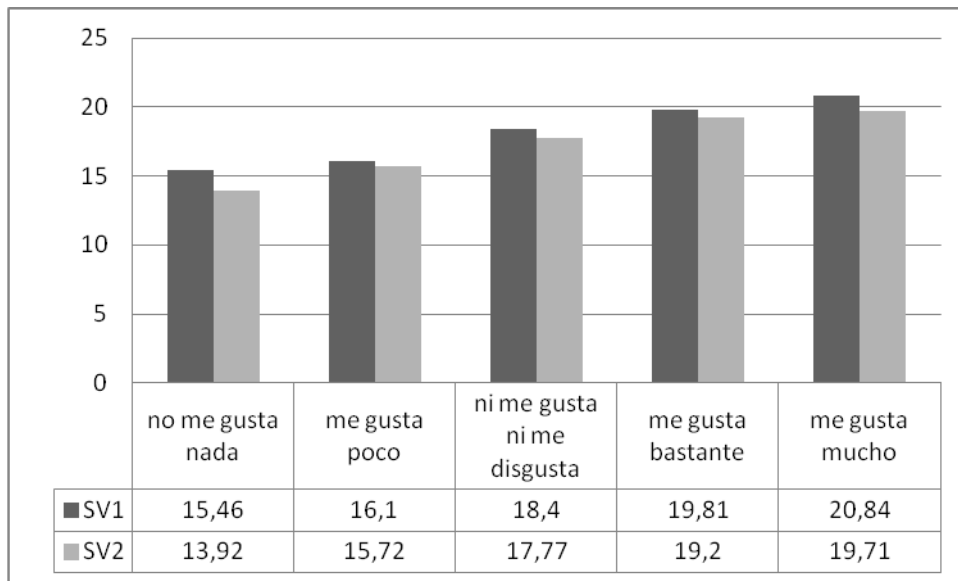


Figura 57: Medias en satisfacción vital en la oleada 1 y en la oleada 2 en chicas, según la satisfacción corporal.

En la tabla 68, se constata el efecto de la rumiación depresiva sobre la satisfacción vital que se ha encontrado en los chicos, explicando el 2,7% de la varianza. En la tabla 70, las correlaciones señalan que una mayor satisfacción vital se asocia a una menor rumiación depresiva.

La distracción ante las emociones negativas presenta un efecto significativo tanto en chicas como en chicos, destacando el 13% de la varianza explicada en las chicas (ver tabla 69). En la tabla 70, las correlaciones señalan que una mayor distracción se asocia a mayores niveles de satisfacción vital tanto en chicos como en chicas.

Tabla 68: Análisis de varianza de medidas repetidas de la satisfacción vital, tomando como covariable la rumiación depresiva en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta ² parcial	gl	MC	F	Eta ² parcial
T	SV	,997	1	24,136	2,168	,003				
	SV X VI	,999	1	3,738	,336	,001				
	VI						1	222,012	7,730**	,012
O	SV	,994	1	24,018	2,025	,006				
	SV X VI	,996	1	15,450	1,303	,004				
	VI						1	251,231	9,069**	,027
A	SV	,998	1	5,493	,528	,002				
	SV X VI	1	1	,508	,049	,000				
	VI						1	17,910	,606	,002

Tabla 69: Análisis de varianza de medidas repetidas de la satisfacción vital, tomando como covariable la distracción en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta ² parcial	gl	MC	F	Eta ² parcial
T	SV	,998	1	13,918	1,267	,002				
	SV X VI	,994	1	46,967	4,276*	,006				
	VI						1	2172,879	84,219***	,112
O	SV	1	1	,541	,045	,000				
	SV X VI	,999	1	3,856	,321	,001				
	VI						1	832,518	32,140***	,091
A	SV	,992	1	27,026	2,708	,008				
	SV X VI	,980	1	70,861	7,100**	,020				
	VI						1	1320,711	51,212***	,130

Tabla 70: Correlaciones de orden 0 entre la rumiación depresiva, la distracción y la satisfacción vital en la oleada 1 y en la oleada 2, tomando la muestra total y dividiéndola por sexos.

	Total		Chicos		Chicas	
	SV1	SV2	SV1	SV2	SV1	SV2
Rumiación depresiva	-,101**	-,080*	-,161**	-,106	-,040	-,043
Distracción	,319**	,243**	,266**	,238**	,374**	,236**

Respecto a la rumiación positiva, se ha encontrado que el saboreo, la inhibición y la atribución presentan efectos significativos en la satisfacción vital de los chicos y las chicas (ver tablas 71-73). Especialmente destacable es el 11,8% de la varianza de la satisfacción vital explicada por la atribución de emociones positivas.

En la tabla 74, las correlaciones muestran que una mayor satisfacción vital se asocia a mayores niveles de saboreo y atribución de emociones positivas, y a menores niveles de inhibición de emociones positivas.

Tabla 71: Análisis de varianza de medidas repetidas de la satisfacción vital, tomando como covariable el saboreo de emociones positivas en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta ² parcial	gl	MC	F	Eta ² parcial
T	SV	,995	1	40,267	3,642	,005				
	SV X VI	,989	1	79,022	7,147**	,011				
	VI						1	1156,569	42,902***	,060
	VI									
O	SV	,958	1	163,540	14,244***	,042				
	SV X VI	,950	1	198,119	17,256***	,050				
	VI						1	532,548	20,555***	,059
	VI									
A	SV	,997	1	11,712	1,136	,003				
	SV X VI	1	1	1,234	,120	,000				
	VI						1	615,293	21,960***	,061
	VI									

Tabla 72: Análisis de varianza de medidas repetidas de la satisfacción vital, tomando como covariable la inhibición de emociones positivas en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta ² parcial	gl	MC	F	Eta ² parcial
T	SV	,999	1	3,677	,333	,001	1	930,960	33,814***	,049
	SV X VI	,999	1	6,118	,554	,001				
	VI									
O	SV	,998	1	7,025	,584	,002	1	423,710	15,527***	,046
	SV X VI	1	1	1,930	,160	,000				
	VI									
A	SV	1	1	,465	,046	,000	1	554,433	20,014***	,056
	SV X VI	,991	1	32,476	3,242	,009				
	VI									

Tabla 73: Análisis de varianza de medidas repetidas de la satisfacción vital, tomando como covariable la atribución de emociones positivas en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta ² parcial	gl	MC	F	Eta ² parcial
T	SV	1	1	2,305	,209	,000	1	2289,749	89,913***	,118
	SV X VI	,997	1	24,497	2,221	,003				
	VI									
O	SV	,998	1	8,997	,755	,002	1	1093,963	44,619***	,120
	SV X VI	,995	1	20,088	1,686	,005				
	VI									
A	SV	1	1	,007	,001	,000	1	1147,965	43,309***	,111
	SV X VI	,997	1	11,078	1,086	,003				
	VI									

Tabla 74: Correlaciones de orden 0 entre el saboreo, la inhibición, la atribución de emociones positivas y la satisfacción vital en la oleada 1 y en la oleada 2, tomando la muestra total y dividiéndola por sexos.

	Total		Chicos		Chicas	
	SV1	SV2	SV1	SV2	SV1	SV2
Saboreo	,261**	,154**	,318**	,081	,206**	,221**
Inhibición	-,162**	-,201**	-,173**	-,165**	-,151**	-,254**
Atribución	,316**	,261**	,315**	,252**	,320**	,258**

En las tablas 75 y 76, se presentan los análisis de varianza relativos a las dimensiones de inteligencia emocional.

Tanto la claridad emocional como la reparación emocional presentan efectos significativos como covariables sobre la satisfacción vital, tanto en chicas como en chicos. Especialmente destacable es el 11% de la varianza explicada por la reparación emocional.

Como se muestra en la tabla 77, una mayor satisfacción vital está asociada a una mayor claridad emocional y a una mayor reparación emocional.

Tabla 75: Análisis de varianza de medidas repetidas de la satisfacción vital, tomando como covariable la claridad emocional en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta ² parcial	gl	MC	F	Eta ² parcial
T	SV	1	1	,000	,000	,000				
	SV X VI	,999	1	6,891	,638	,001				
	VI						1	1284,623	48,384***	,068
O	SV	1	1	,000	,000	,000				
	SV X VI	1	1	1,199	,106	,000				
	VI						1	601,921	23,085***	,069
A	SV	1	1	,099	,010	,000				
	SV X VI	,998	1	8,129	,784	,002				
	VI						1	674,375	24,907***	,067

Tabla 76: Análisis de varianza de medidas repetidas de la satisfacción vital, tomando como covariable la reparación emocional en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta ² parcial	gl	MC	F	Eta ² parcial
T	SV	1	1	,010	,001	,000				
	SV X VI	,999	1	9,324	,870	,001				
	VI						1	2134,048	83,682***	,112
O	SV	,994	1	20,014	1,814	,006				
	SV X VI	,991	1	33,007	2,991	,009				
	VI						1	959,142	38,931***	,110
A	SV	,997	1	11,526	1,111	,003				
	SV X VI	1	1	,256	,025	,000				
	VI						1	1130,581	42,779***	,110

Tabla 77: Correlaciones de orden 0 entre la atención emocional, la claridad emocional y la reparación emocional, y la satisfacción vital en la oleada 1 y en la oleada 2, tomando la muestra total y dividiéndola por sexos.

	Total		Chicos		Chicas	
	SV1	SV2	SV1	SV2	SV1	SV2
Claridad emocional	,222**	,207**	,202**	,212**	,244**	,199**
Reparación emocional	,291**	,264**	,301**	,229**	,285**	,284**

Satisfacción vital, salud autopercebida e índice de masa corporal

En los chicos y las chicas, la salud percibida presenta un efecto significativo sobre la satisfacción vital, explicando hasta un 6,2% en las chicas (ver tabla 78).

Los chicos y chicas que se perciben como muy sanos son los más satisfechos con su vida, frente a aquéllos y aquéllas que se perciben como no muy sanos, que tienen la media más baja de satisfacción (ver figuras 58 y 59).

Tabla 78: Análisis de varianza de medidas repetidas de la satisfacción vital, tomando como factor intersujeto la salud percibida en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta ² parcial	gl	MC	F	Eta ² parcial
T	Sv	,999	1	5,957	,529	,001	2	475,363	17,320***	,048
	Sv X VI	,998	2	8,853	,786	,002				
	VI									
O	Sv	1	1	,219	,018	,000	2	172,913	6,350**	,037
	Sv X VI	,997	2	5,978	,490	,003				
	VI									
A	Sv	,998	1	7,866	,757	,002	2	314,832	11,389***	,062
	Sv X VI	,998	2	4,241	,408	,002				
	VI									

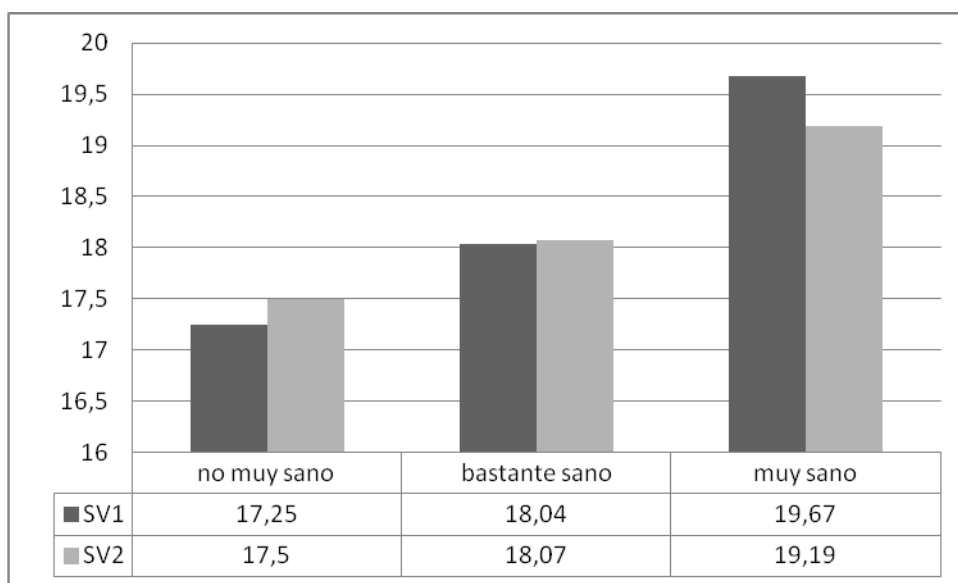


Figura 58: Medias en satisfacción vital en la oleada 1 y en la oleada 2 en chicos, según la salud percibida.

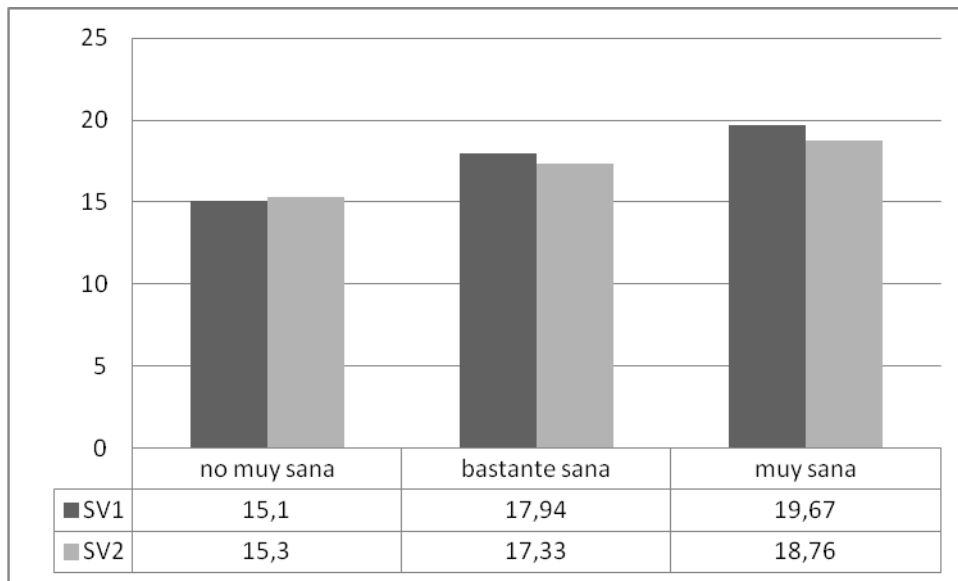


Figura 59: Medias en satisfacción vital en la oleada 1 y en la oleada 2 en chicas, según la salud percibida.

Finalmente, el índice de masa corporal (IMC) interacciona de forma significativa con la satisfacción vital en las chicas, explicando menos del 2% de la varianza (ver tabla 79). En la tabla 80, se indica que el IMC sólo correlaciona de forma significativa y negativa con la satisfacción vital en las chicas en la oleada 1.

Tabla 79: Análisis de varianza de medidas repetidas de la satisfacción vital, tomando como covariable el IMC en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta ² parcial	gl	MC	F	Eta ² parcial
T	SV	,998	1	16,095	1,519	,002	1	33,002	1,155	,002
	SV X VI	,999	1	6,364	,601	,001				
	VI									
O	SV	,995	1	18,903	1,620	,005	1	14,365	,524	,002
	SV X VI	,994	1	21,641	1,855	,006				
	VI									
A	SV	,972	1	82,533	8,985**	,028	1	37,428	1,260	,004
	SV X VI	,981	1	53,475	5,821*	,019				
	VI									

Tabla 80: Correlaciones de orden 0 entre el IMC, y la satisfacción vital en la oleada 1 y en la oleada 2, tomando la muestra total y dividiéndola por sexos.

	Total		Chicos		Chicas	
	SV1	SV2	SV1	SV2	SV1	SV2
IMC	-,067	-,024	-,017	-,084	-,127*	,010

3.2.2. Análisis de varianza de los predictores de los síntomas depresivos

A continuación analizamos el efecto de las diferentes variables estudiadas en los síntomas depresivos. Para una mayor claridad en la exposición, hemos clasificado igualmente las variables por áreas temáticas. Nuevamente, se ofrecerán los resultados de los análisis de varianza tomando la muestra total (indicando en las tablas estos resultados con una T), y separando entre chicos (indicando estos resultados con una O) y chicas (indicándolos con una A). En el apéndice 1 mostramos las frecuencias de todas las variables estudiadas, por sexo.

Síntomas depresivos y características socioculturales y socioeconómicas

Entre las características socioculturales y socioeconómicas, encontramos que el nivel de estudios del padre tiene efecto en los síntomas depresivos en las chicas, y explica hasta el 4% de su varianza (ver tabla 81).

Las hijas con padre sin estudios o que fue al colegio algunos años son las que presentan más síntomas. A su vez, considerando globalmente las dos oleadas, las hijas cuyo padre tiene el graduado escolar o tiene una carrera univesitaria son las que menos síntomas tienen (ver figura 60).

Tabla 81: Análisis de varianza de medidas repetidas de los síntomas depresivos, tomando como factor intersujeto el nivel de estudios del padre en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta ² parcial	gl	MC	F	Eta ² parcial
T	Dep	,998	1	4,709	1,363	,002	7	27,752	2,230*	,024
	Dep X VI VI	,976	7	7,744	2,242*	,024				
O	Dep	,996	1	4,017	1,096	,004	7	6,688	,595	,014
	Dep X VI VI	,986	7	2,173	,593	,014				
A	Dep	,998	1	1,895	,575	,002	6	30,587	2,346*	,040
	Dep X VI VI	,955	6	8,844	2,681*	,045				

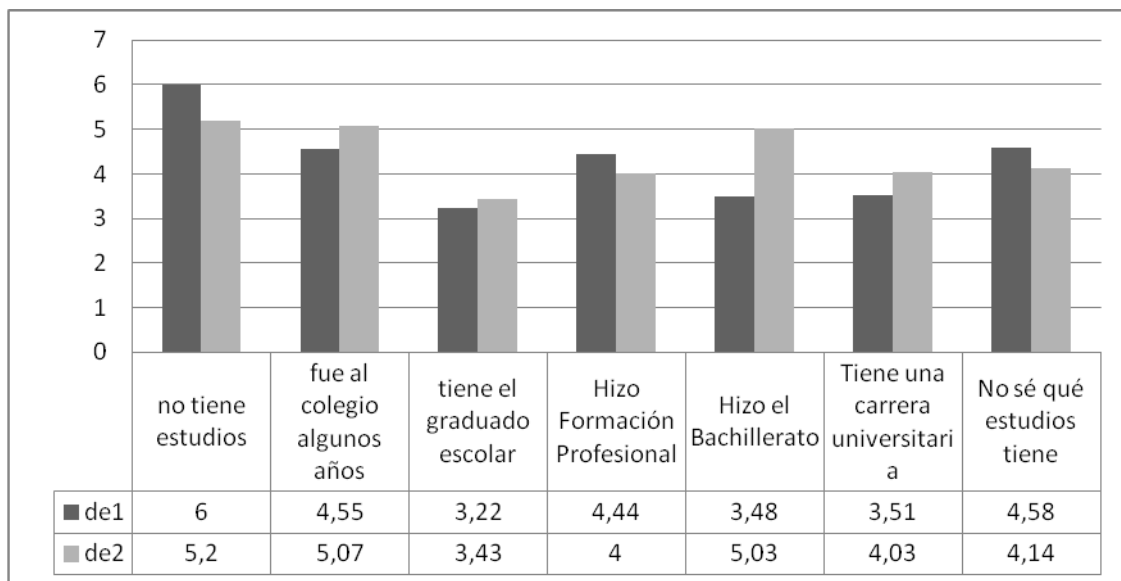


Figura 60: Medias de síntomas depresivos, en la oleada 1 y en la oleada 2 en chicas, según el nivel de estudios del padre.

La situación laboral de la madre interacción de forma significativa con los síntomas en los chicos, explicando un 5% de la varianza (ver tabla 82). Los hijos de madres que realizan trabajos ocasionales o que desean trabajar fuera de casa son los que más síntomas depresivos presentan (ver figura 61).

Tabla 82: Análisis de varianza de medidas repetidas de los síntomas depresivos, tomando como factor intersujeto la situación laboral de la madre en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta ² parcial	gl	MC	F	Eta ² parcial
T	Dep	,999	1	1,965	,568	,001	6	10,241	,807	,007
	Dep X VI VI	,982	6	6,712	1,939	,018				
O	Dep	,998	1	1,861	,529	,002	6	9,644	,863	,017
	Dep X VI VI	,950	6	9,154	2,605*	,050				
A	Dep	1	1	,057	,017	,000	6	11,952	,891	,016
	Dep X VI VI	,988	6	2,243	,659	,012				

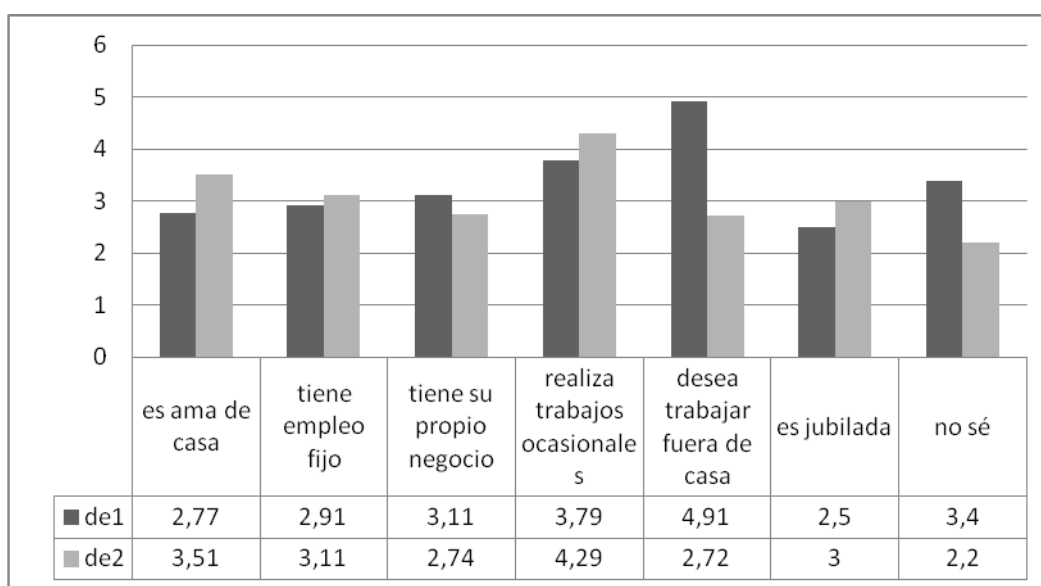


Figura 61: Medias de síntomas depresivos, en la oleada 1 y en la oleada 2 en chicos, según la situación laboral de la madre.

El nivel profesional de la madre tiene efecto significativo en la muestra global (ver tabla 83). El alumnado cuya madre tiene un trabajo de técnico de grado superior es el que presenta menos síntomas (ver figura 62). Los adolescentes de madres estudiantes

son los que tienen medias más altas. En los chicos se da una interacción significativa y en la figura 63 se puede afirmar lo mismo que con la muestra global.

Tabla 83: Análisis de varianza de medidas repetidas de los síntomas depresivos, tomando como factor intersujeto el nivel profesional de la madre en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta ² parcial	gl	MC	F	Eta ² parcial
T	Dep	,997	1	6,161	1,956	,003	5	28,799	2,255*	,019
	Dep X VI VI	,978	5	8,348	2,649*	,022				
O	Dep	,994	1	4,599	1,504	,006	5	11,333	1,028	,019
	Dep X VI VI	,952	5	8,083	2,645*	,048				
A	Dep	,998	1	2,328	,716	,002	5	25,349	1,859	,028
	Dep X VI VI	,988	5	2,458	,756	,012				

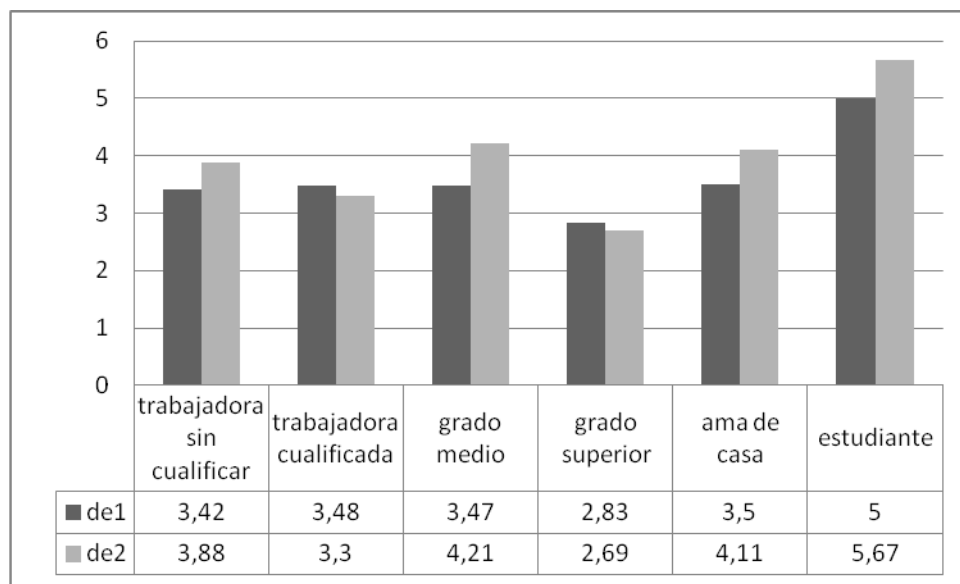


Figura 62: Medias de síntomas depresivos en el alumnado, en la oleada 1 y en la oleada 2, según el nivel profesional de la madre.

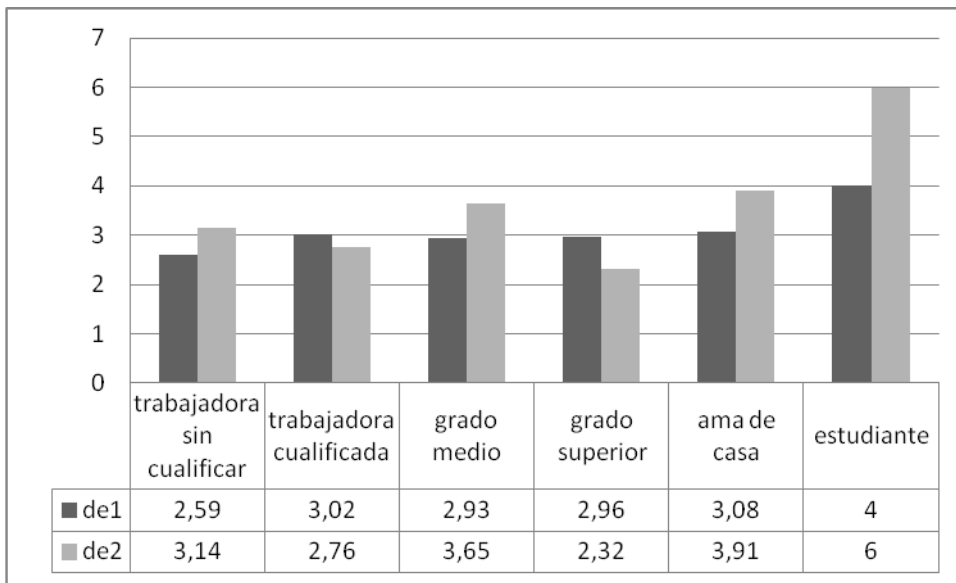


Figura 63: Medias de síntomas depresivos, en la oleada 1 y en la oleada 2 en chicos, según el nivel profesional de la madre.

Síntomas depresivos y creencias religiosas

Respecto a las creencias religiosas los resultados no son muy relevantes. Tan sólo encontramos una interacción significativa con la sintomatología, al estudiar la muestra total (ver tabla 84). Los adolescentes que no saben definirse al respecto o que no tienen creencias son los que presentan medias más altas (ver figura 64).

Tabla 84: Análisis de varianza de medidas repetidas de los síntomas depresivos, tomando como factor intersujeto las creencias religiosas en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta2 parcial	gl	MC	F	Eta2 parcial
T	Dep	,996	1	8,140	2,330	,004	3	23,786	1,891	,009
	Dep X VI VI	,987	3	9,811	2,808*	,013				
O	Dep	,999	1	1,334	,368	,001	3	19,150	1,720	,017
	Dep X VI VI	,985	3	5,430	1,496	,015				
A	Dep	,994	1	7,457	2,201	,006	3	13,510	1,019	,009
	Dep X VI VI	,981	3	7,581	2,238	,019				

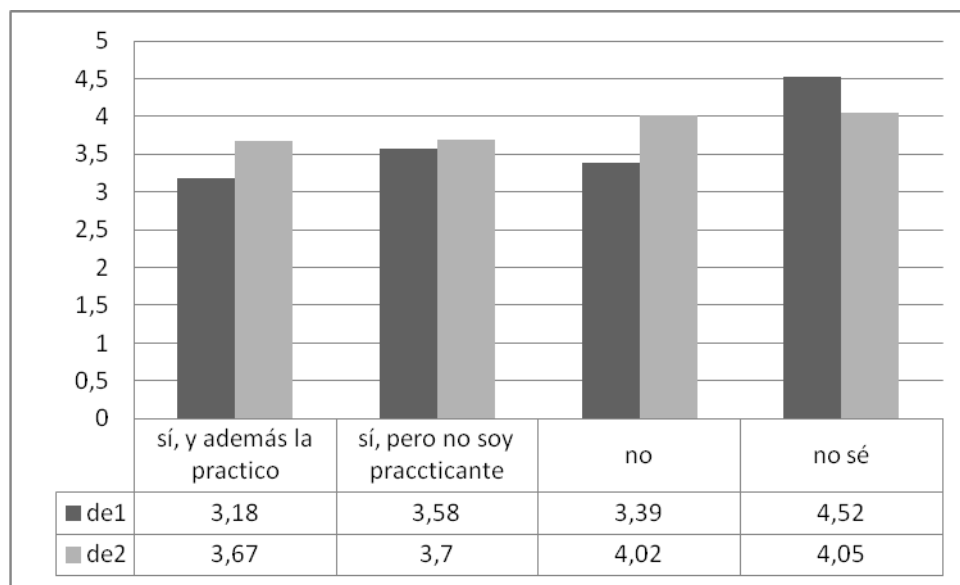


Figura 64: Medias en síntomas depresivos en la oleada 1 y en la oleada 2, según las creencias religiosas.

Síntomas depresivos y relaciones familiares

Para abordar el efecto de las variables de funcionamiento familiar en la sintomatología depresiva, comenzamos estudiando el efecto de la calidad de la relación con el padre y con la madre.

La calidad en la relación con el padre presenta efecto significativo en la sintomatología, tanto en chicos como en chicas, si bien en chicos explica casi un 14% de la varianza, frente a casi un 10% en las chicas (ver tabla 85). Tanto en chicas como en chicos encontramos además una interacción significativa entre la calidad en la relación con el padre y el nivel de sintomatología. En la tabla 87 se muestra en las correlaciones que, a peor calidad en la relación con el padre, mayor nivel de sintomatología, y viceversa.

También la calidad en la relación con la madre presenta un efecto significativo, si bien en este caso explica casi un 15% de la varianza de la sintomatología en las chicas, frente a sólo un 2,3% en los chicos (ver tabla 86). Y las correlaciones indican que una peor relación con la madre se asocia a mayor sintomatología (ver tabla 87).

Tabla 85: Análisis de varianza de medidas repetidas de los síntomas depresivos, tomando como covariable la calidad en la relación con el padre en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta2 parcial	gl	MC	F	Eta2 parcial
T	Dep	,980	1	42,579	12,930***	,020				
	Dep X VI	,973	1	56,450	17,143***	,027				
	VI						1	895,989	84,121***	,118
O	Dep	,977	1	22,607	6,796*	,023				
	Dep X VI	,972	1	28,198	8,476**	,028				
	VI						1	445,519	46,889***	,138
A	Dep	,981	1	21,182	6,460*	,019				
	Dep X VI	,974	1	29,587	9,024**	,026				
	VI						1	408,009	36,260***	,098

Tabla 86: Análisis de varianza de medidas repetidas de los síntomas depresivos, tomando como covariable la calidad en la relación con la madre en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta2 parcial	gl	MC	F	Eta2 parcial
T	Dep	,997	1	6,232	1,862	,003	1	687,972	60,446***	,086
	Dep X VI VI	,996	1	9,573	2,860	,004				
O	Dep	1	1	,139	,042	,000	1	73,851	6,870**	,023
	Dep X VI VI	,999	1	,536	,160	,001				
A	Dep	,993	1	8,229	2,449	,007	1	667,853	59,814***	,149
	Dep X VI VI	,990	1	11,216	3,337	,010				

Tabla 87: Correlaciones de orden 0 entre la calidad en la relación con el padre y con la madre, y los síntomas depresivos en la oleada 1 y en la oleada 2, tomando la muestra total y dividiéndola por sexos.

	Total		Chicos		Chicas	
	DE1	DE2	DE1	DE2	DE1	DE2
Relación con el padre	-,366**	-,224**	-,372**	-,241**	-,355**	-,199**
Relación con la madre	-,274**	-,223**	-,139*	-,117*	-,382**	-,292**

En este apartado dedicado a las variables familiares analizamos también el efecto de la frecuencia de actividades en familia en el fin de semana y del apoyo parental en las cuestiones académicas.

Tanto en chicas como en chicos, las actividades en familia en el fin de semana muestran efecto en los niveles de sintomatología, aunque en las chicas el porcentaje de varianza explicada es muy superior (12,5% frente al 5%; ver tabla 88).

Los chicos y chicas que nunca realizan actividades en familia en el fin de semana son los que presentan una mayor sintomatología, mientras que aquéllos y

aquellas que realizan estas actividades con frecuencia, casi siempre o siempre, son los que tienen menos síntomas (ver figuras 65 y 66).

El apoyo parental en las cuestiones académicas también presenta su efecto en los síntomas depresivos, en chicos y en chicas. En este caso, el porcentaje de varianza explicada en chicos es del 9,4%, frente al 4% de las chicas (ver tabla 89).

Los chicos y las chicas que cuentan con este tipo de apoyo parental "siempre" o "casi siempre" presentan las medias más reducidas de síntomas, mientras que aquéllos y aquéllas que "nunca" o "casi nunca" pueden contar con el apoyo de sus progenitores son los que presentan medias más altas (ver figuras 67 y 68).

Tabla 88: Análisis de varianza de medidas repetidas de los síntomas depresivos, tomando como factor intersujeto la frecuencia de actividades en familia en el fin de semana en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta ² parcial	gl	MC	F	Eta ² parcial
T	Dep	1	1	,430	,126	,000	6	111,790	9,633***	,082
	Dep X VI VI	,988	6	4,564	1,337	,012				
O	Dep	,998	1	2,262	,631	,002	6	28,438	2,650*	,050
	Dep X VI VI	,974	6	4,896	1,366	,026				
A	Dep	,998	1	2,501	,760	,002	6	94,749	8,057***	,125
	Dep X VI VI	,990	6	1,871	,569	,010				

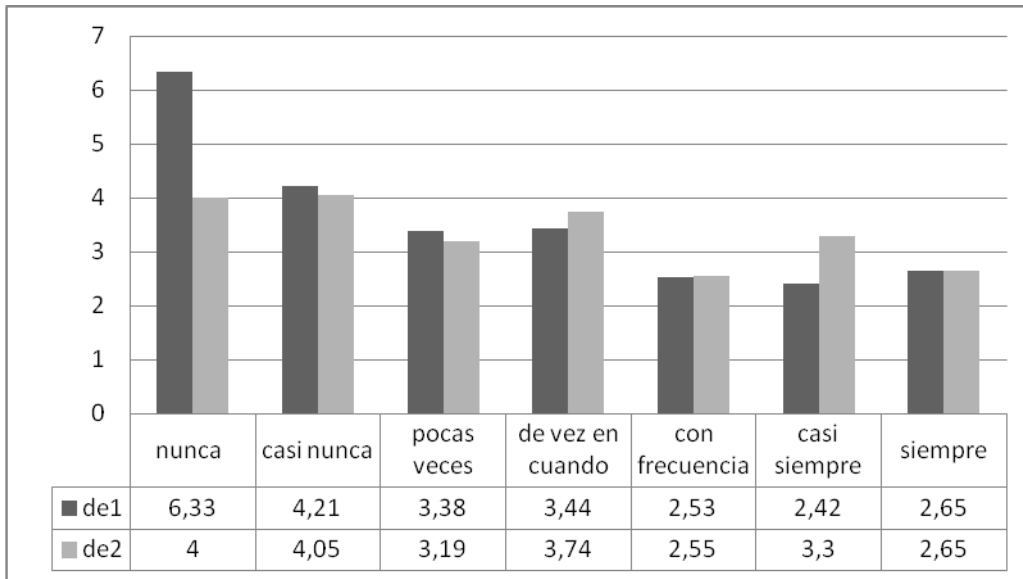


Figura 65: Medias en síntomas depresivos en la oleada 1 y en la oleada 2, en chicos, según la frecuencia de actividades en familia en el fin de semana en la oleada 1.

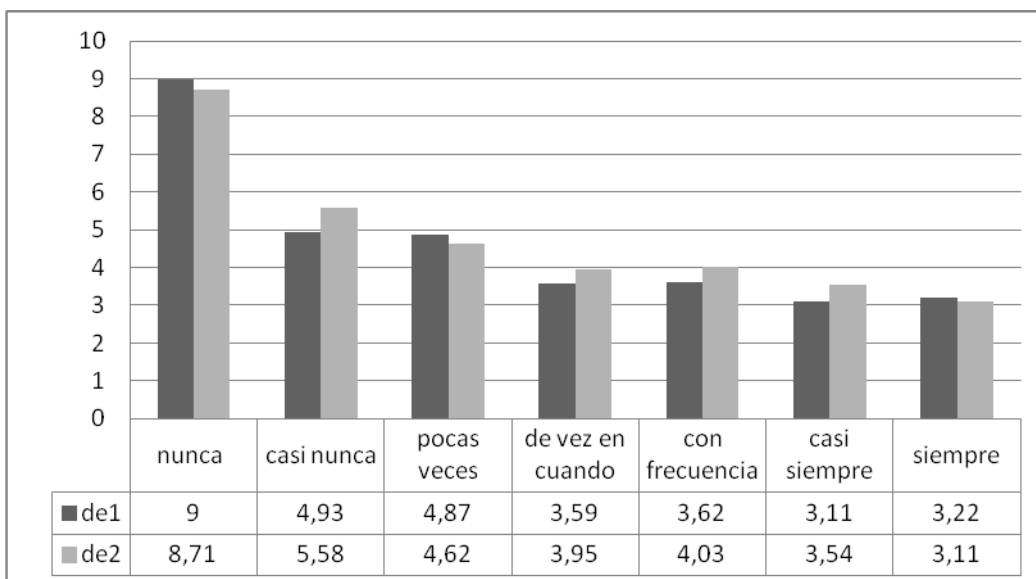


Figura 66: Medias en síntomas depresivos en la oleada 1 y en la oleada 2, en chicas, según la frecuencia de actividades en familia en el fin de semana en la oleada 1.

Tabla 89: Análisis de varianza de medidas repetidas de los síntomas depresivos, tomando como factor intersujeto la frecuencia de apoyo parental en las cuestiones académicas en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta ² parcial	gl	MC	F	Eta ² parcial
T	Dep	,988	1	27,746	8,202**	,012				
	Dep X VI	,966	4	19,462	5,753***	,034				
							4	110,623	9,259***	,054
O	Dep	,978	1	23,952	6,850**	,022				
	Dep X VI	,957	4	12,008	3,434**	,043				
							4	80,196	7,898***	,094
A	Dep	,992	1	9,537	2,900	,008				
	Dep X VI	,962	4	11,024	3,352*	,038				
							4	46,740	3,627**	,040

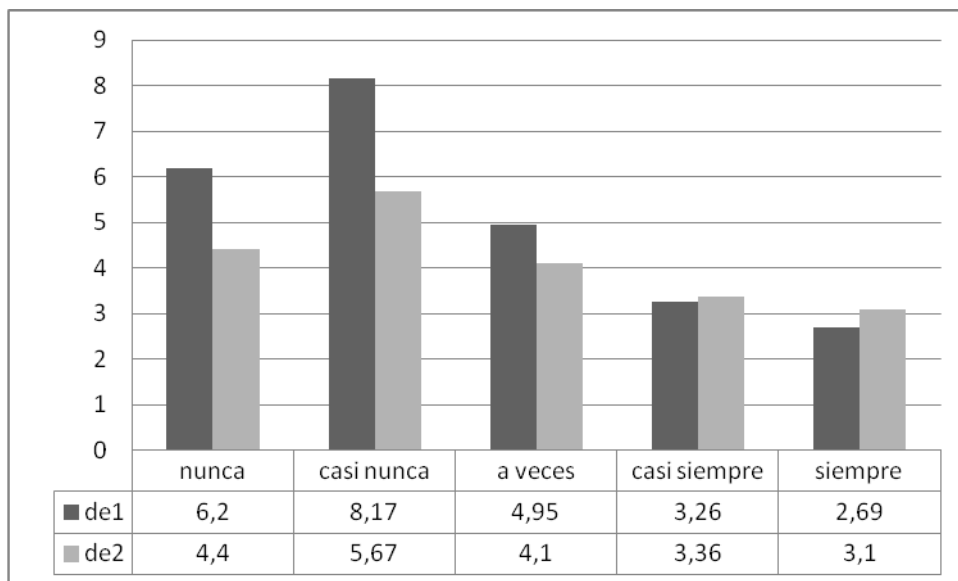


Figura 67: Medias en síntomas depresivos en la oleada 1 y en la oleada 2, en chicos, según la frecuencia de apoyo parental en las cuestiones académicas en la oleada 1.

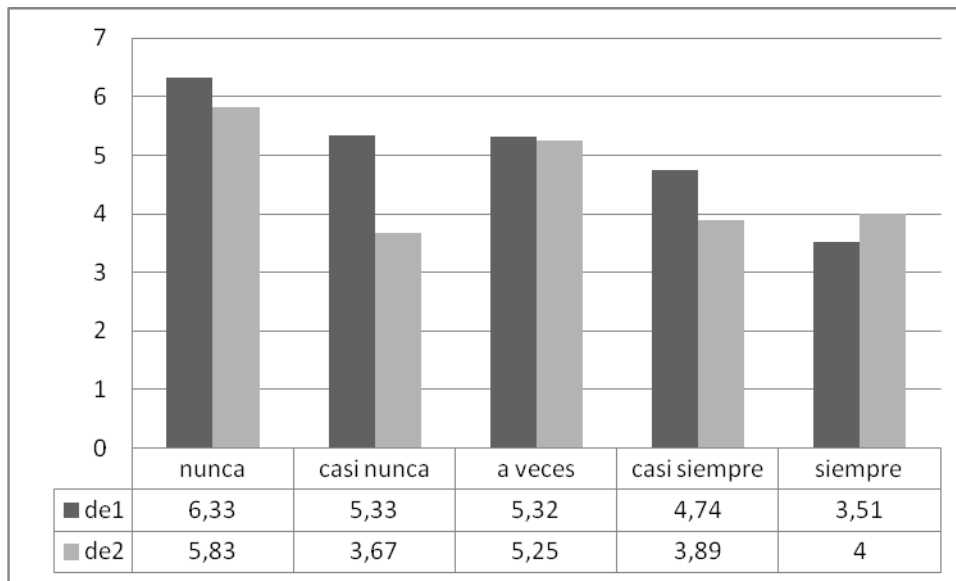


Figura 68: Medias en síntomas depresivos en la oleada 1 y en la oleada 2, en chicas, según la frecuencia de apoyo parental en las cuestiones académicas en la oleada 1.

Síntomas depresivos y vida escolar

Entre las variables relativas a la vida escolar del adolescente, comenzamos presentando los resultados de la satisfacción escolar, el rendimiento percibido y la presión escolar. Finalmente, presentamos los resultados del sentimiento de exclusión escolar, del acoso escolar sufrido y del acoso escolar ejercido.

La satisfacción escolar explica un 5,4% de la varianza de los síntomas depresivos en chicos, frente a un 3,7% en las chicas (ver tabla 90). De forma significativa, los resultados señalan que los chicos y chicas más satisfechos en la escuela son los que presentan medias más bajas de síntomas, mientras que los que presentan las medias más altas son aquéllos y aquéllas a los que no les gusta nada la escuela (ver figuras 69 y 70).

También el rendimiento percibido tiene un efecto significativo, explicando más en chicos que en chicas (8,7% frente al 4,5%; ver tabla 91). Los chicos y chicas que consideran su rendimiento bueno o muy bueno son los que tienen menos síntomas, y

aquéllos y aquéllas que lo consideran por debajo de la media son los que presentan más síntomas (ver figuras 71 y 72).

La presión escolar explica en torno al 8% de la varianza de la sintomatología depresiva tanto en chicos como en chicas (ver tabla 92), de manera que los chicos y chicas que sienten mucha presión escolar son los que presentan más síntomas. Los chicos y chicas que no se sienten presionados en absoluto son los que presentan menos síntomas depresivos (ver figuras 73 y 74).

Tabla 90: Análisis de varianza de medidas repetidas de los síntomas depresivos, tomando como factor intersujeto la satisfacción escolar en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta ² parcial	gl	MC	F	Eta ² parcial
T	Dep	,997	1	7,761	2,236	,003	3	94,322	7,739***	,034
	Dep X VI VI	,993	3	4,955	1,428	,007				
O	Dep	,993	1	7,980	2,207	,007	3	60,741	5,742**	,054
	Dep X VI VI	,994	3	2,239	,619	,006				
A	Dep	,999	1	1,247	,371	,001	3	56,760	4,401**	,037
	Dep X VI VI	,987	3	4,985	1,482	,013				

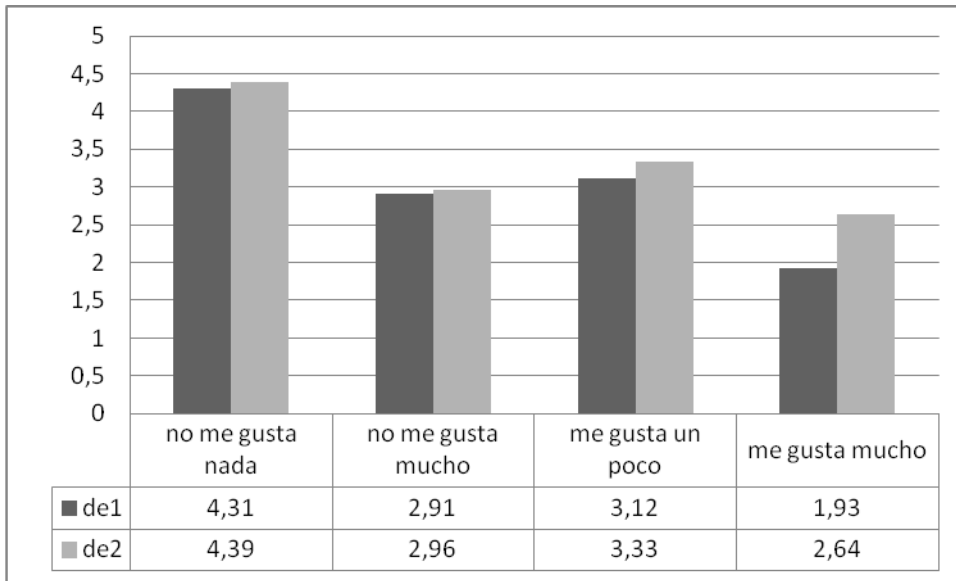


Figura 69: Medias en síntomas depresivos en la oleada 1 y en la oleada 2, en chicos, según la satisfacción escolar en la oleada 1.

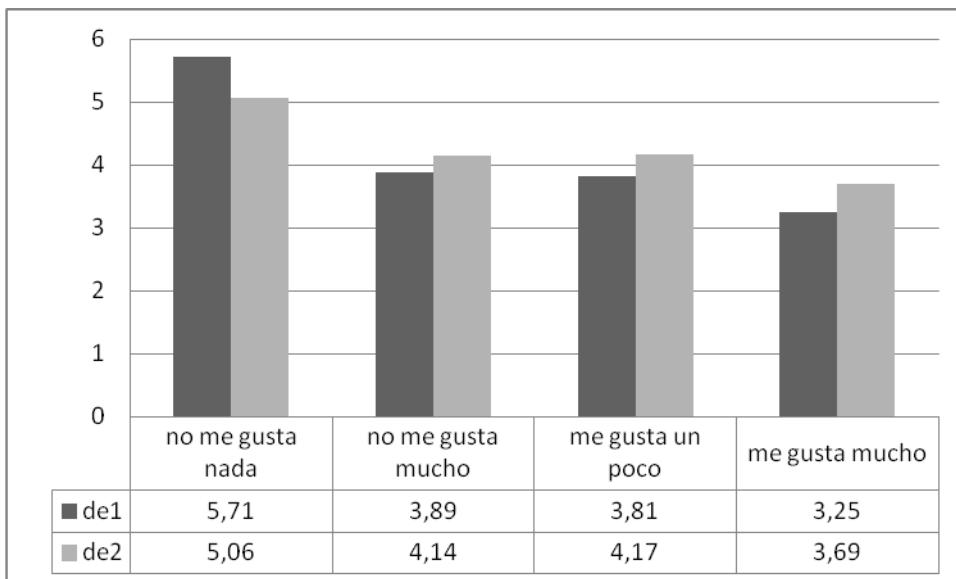


Figura 70: Medias en síntomas depresivos en la oleada 1 y en la oleada 2, en chicas, según la satisfacción escolar en la oleada 1.

Tabla 91: Análisis de varianza de medidas repetidas de los síntomas depresivos, tomando como factor intersujeto el rendimiento percibido en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta ² parcial	gl	MC	F	Eta ² parcial
T	Dep	,995	1	11,340	3,255	,005	3	145,018	12,128***	,053
	Dep X VI VI	,999	3	,876	,251	,001				
O	Dep	,991	1	9,794	2,716	,009	3	98,687	9,642***	,087
	Dep X VI VI	,994	3	2,052	,569	,006				
A	Dep	,997	1	3,021	,887	,003	3	70,008	5,477**	,045
	Dep X VI VI	1	3	,057	,017	,000				

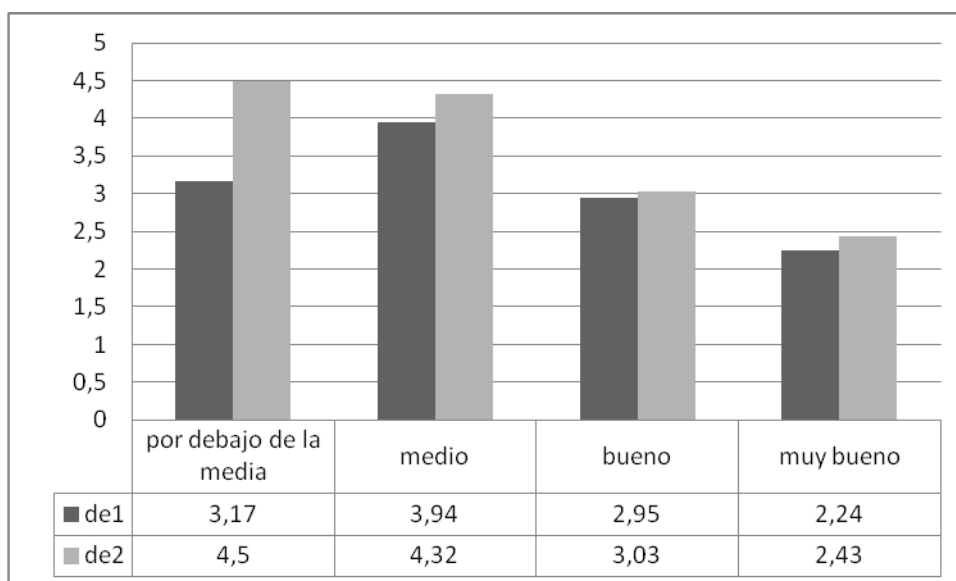


Figura 71: Medias en síntomas depresivos en la oleada 1 y en la oleada 2, en chicos, según el rendimiento percibido en la oleada 1.

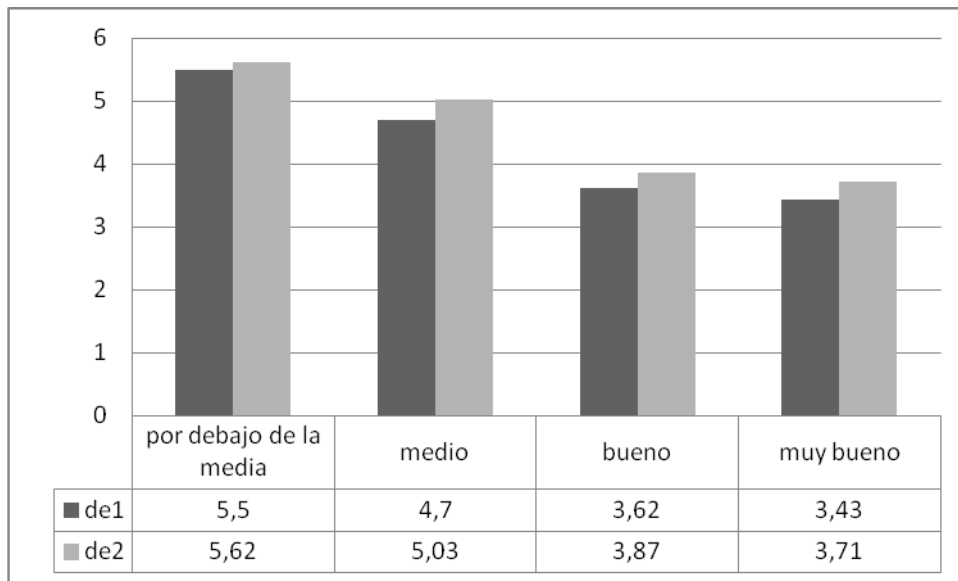


Figura 72: Medias en síntomas depresivos en la oleada 1 y en la oleada 2, en chicas, según el rendimiento percibido en la oleada 1.

Tabla 92: Análisis de varianza de medidas repetidas de los síntomas depresivos, tomando como factor intersujeto la presión escolar en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta ² parcial	gl	MC	F	Eta ² parcial
T	Dep	,999	1	2,859	,828	,001				
	Dep X VI	,989	3	8,462	2,450	,011				
	VI						3	208,739	17,873***	,076
O	Dep	,998	1	1,651	,458	,002				
	Dep X VI	,994	3	2,238	,621	,006				
	VI						3	98,455	9,617**	,087
A	Dep	1	1	,539	,164	,000				
	Dep X VI	,963	3	14,669	4,461**	,037				
	VI						3	125,264	10,164***	,081

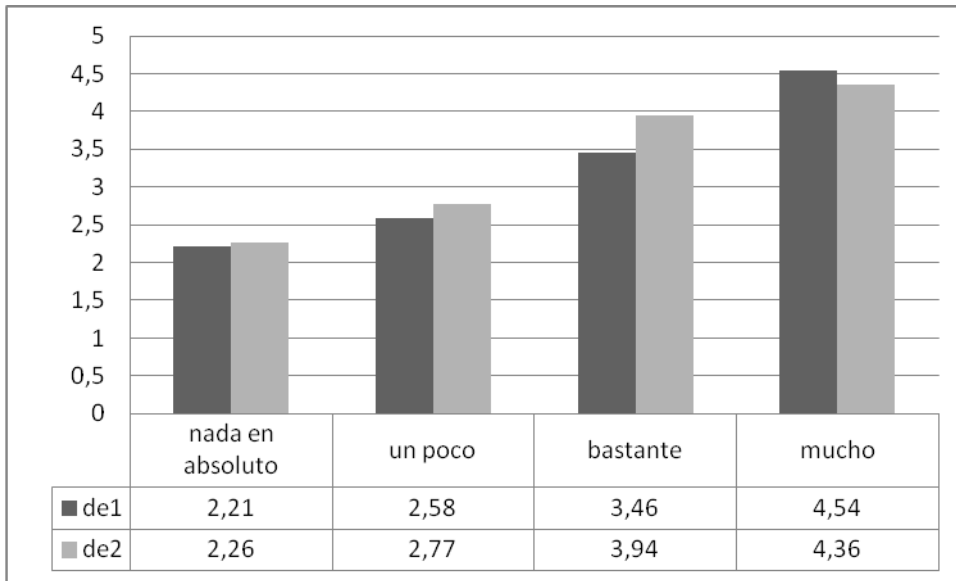


Figura 73: Medias en síntomas depresivos en la oleada 1 y en la oleada 2, en chicos, según la presión escolar en la oleada 1.

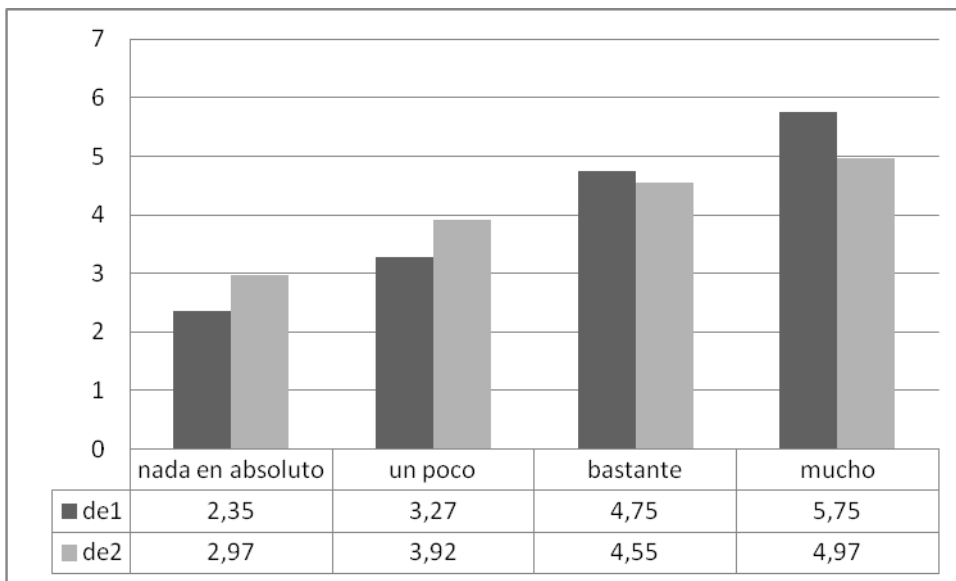


Figura 74: Medias en síntomas depresivos en la oleada 1 y en la oleada 2, en chicas, según la presión escolar en la oleada 1.

Este apartado sobre las variables escolares continúa presentando los análisis sobre los efectos de la exclusión escolar, el acoso escolar sufrido y el acoso escolar ejercido sobre el nivel de sintomatología depresiva.

La exclusión escolar ejercida por los compañeros tiene efecto significativo tanto en chicas como en chicos, presentando mayor valor explicativo en los chicos (18,7% en los chicos y 11,6% en las chicas; ver tabla 93). Los chicos y chicas que se sienten excluidos con bastante frecuencia son los que tienen más síntomas, frente a aquéllos y aquéllas que nunca se han sentido excluidos, que son los que se sienten mejor (ver figuras 75 y 76). En las chicas encontramos además una interacción significativa entre la sintomatología y el sentimiento de exclusión.

El acoso escolar sufrido también presenta un efecto significativo en la sintomatología depresiva, tanto en chicos como en chicas (ver tabla 94). En este caso, la varianza explicada en chicos es prácticamente el doble que en las chicas (15,4% frente al 7,6%). Las figuras 77 y 78 nos muestran que los chicos y chicas que sufren acoso con bastante frecuencia son quienes presentan más síntomas, mientras que los chicos y chicas que nunca lo han sufrido son quienes presentan medias más bajas. Como en el caso anterior, encontramos en las chicas una interacción significativa con el nivel de sintomatología.

Finalmente, el acoso escolar ejercido sólo presenta efecto significativo en las chicas, explicando casi el 4% de la sintomatología (ver tabla 95). Dado el diseño del estudio, tener efecto significativo sobre la variable no implica causalidad en la relación, sino más bien asociación entre variables. En la figura 79 observamos que las chicas que nunca han ejercido acoso presentan medias en sintomatología más bajas que aquéllas que lo han ejercido muy pocas veces o de vez en cuando. Las medias del grupo que ejerce acoso con frecuencia se encuentran distorsionadas por tener una "n" muy pequeña.

Tabla 93: Análisis de varianza de medidas repetidas de los síntomas depresivos, tomando como factor intersujeto la exclusión escolar en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta ² parcial	gl	MC	F	Eta ² parcial
T	Dep	,993	1	16,597	4,892*	,007				
	Dep X VI	,970	3	22,712	6,695***	,030				
							3	361,067	32,976***	,131
O	Dep	1	1	,075	,021	,000				
	Dep X VI	,978	3	8,101	2,274	,022				
							3	212,109	23,344***	,187
A	Dep	,969	1	34,747	10,871**	,031				
	Dep X VI	,938	3	24,197	7,570***	,062				
							3	179,018	15,127***	,116

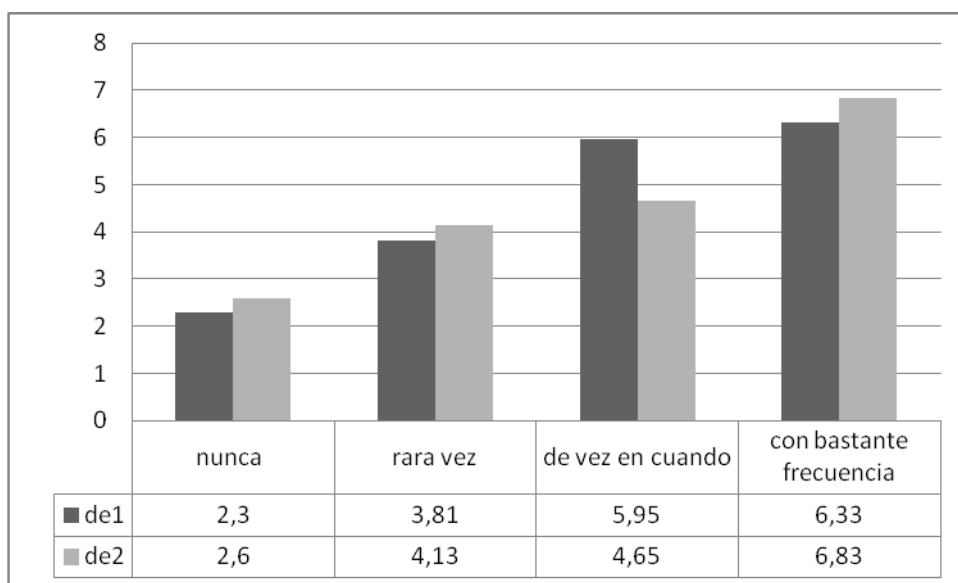


Figura 75: Medias en síntomas depresivos en la oleada 1 y en la oleada 2, en chicos, según la exclusión escolar en la oleada 1.

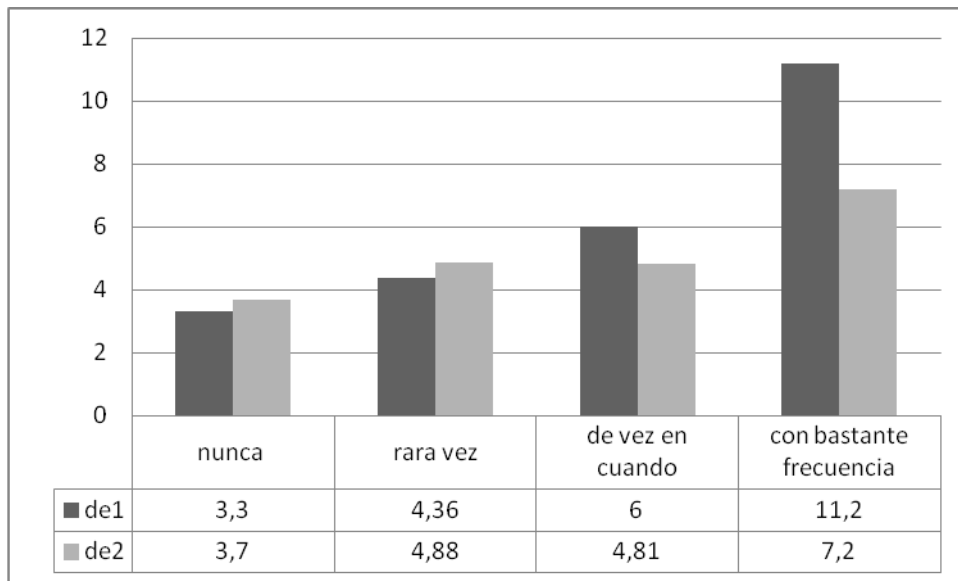


Figura 76: Medias en síntomas depresivos en la oleada 1 y en la oleada 2, en chicas, según la exclusión escolar en la oleada 1.

Tabla 94: Análisis de varianza de medidas repetidas de los síntomas depresivos, tomando como factor intersujeto el acoso escolar sufrido en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta ² parcial	gl	MC	F	Eta ² parcial
T	Dep	1	1	,044	,013	,000				
	Dep X VI	,985	3	11,674	3,386*	,015				
	VI						3	268,490	23,577***	,098
O	Dep	,998	1	2,065	,568	,002				
	Dep X VI	,995	3	2,028	,558	,005				
	VI						3	174,741	18,429***	,154
A	Dep	,995	1	5,743	1,797	,005				
	Dep X VI	,938	3	24,227	7,580***	,062				
	VI						3	117,335	9,485***	,076

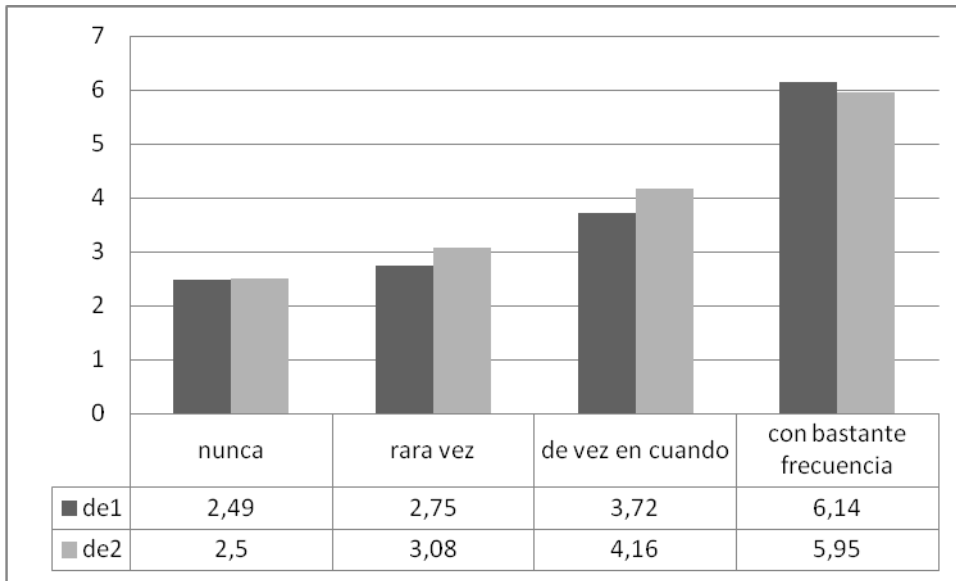


Figura 77: Medias en síntomas depresivos en la oleada 1 y en la oleada 2, en chicos, según el acoso escolar sufrido en la oleada 1.

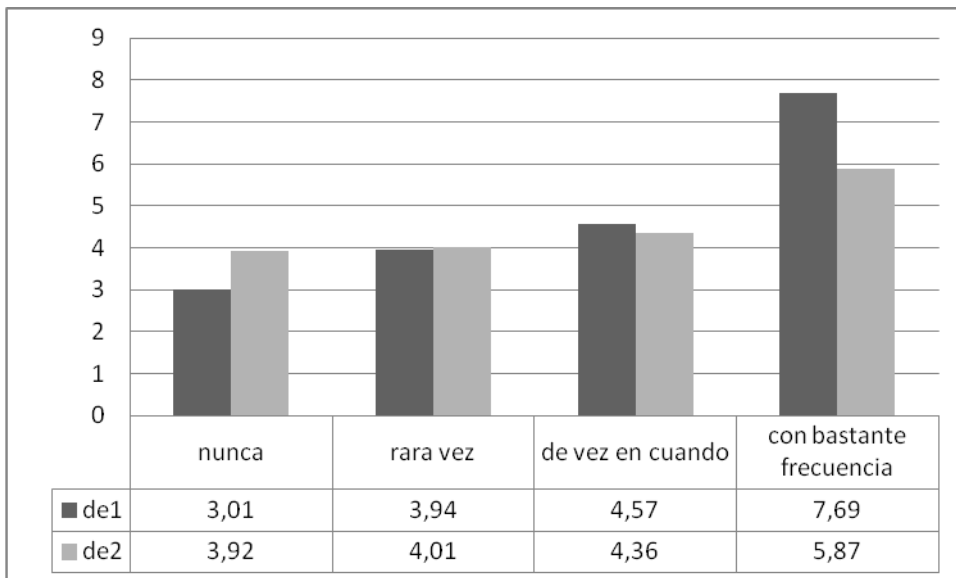


Figura 78: Medias en síntomas depresivos en la oleada 1 y en la oleada 2, en chicas, según el acoso escolar sufrido en la oleada 1.

Tabla 95: Análisis de varianza de medidas repetidas de los síntomas depresivos, tomando como factor intersujeto el acoso escolar ejercido en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta ² parcial	gl	MC	F	Eta ² parcial
T	Dep	,994	1	12,696	3,646	,006	3	20,312	1,623	,007
	Dep X VI VI	,996	3	3,097	,88	,004				
O	Dep	,998	1	2,613	,721	,002	3	1,355	,121	,001
	Dep X VI VI	,995	3	1,747	,482	,005				
A	Dep	,989	1	13,020	3,860	,011	3	60,626	4,713**	,039
	Dep X VI VI	,990	3	3,863	1,145	,010				

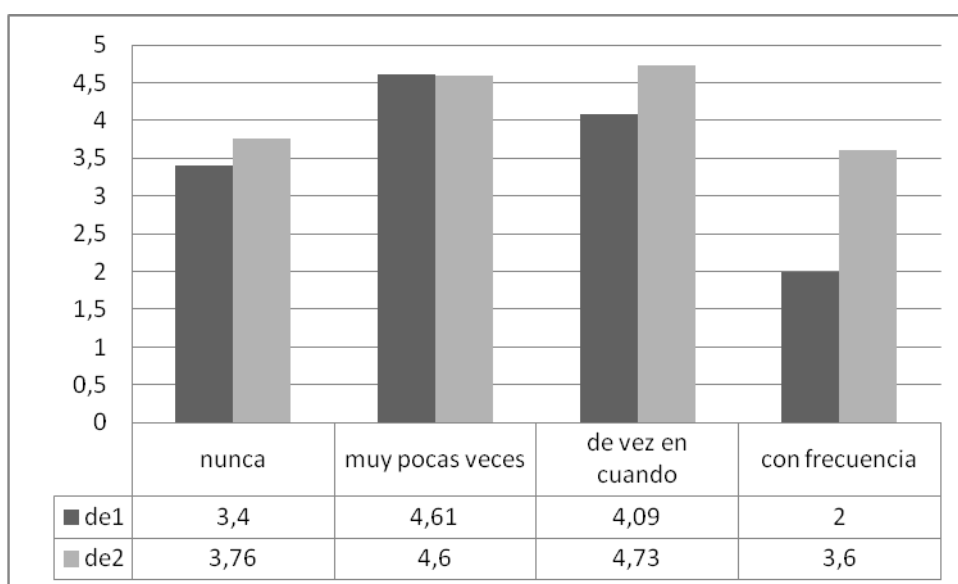


Figura 79: Medias en síntomas depresivos en la oleada 1 y en la oleada 2, en chicas, según el acoso escolar ejercido en la oleada 1.

Síntomas depresivos y relaciones con los iguales

Los resultados señalan que tanto en las chicas como en los chicos, la facilidad para hacer amigos presenta efecto en la sintomatología depresiva. En los chicos explica hasta el 22,5% de la varianza, frente a un 10,5% en las chicas (ver tabla 96).

Los chicos y chicas que encuentran muy difícil hacer amigos son los que presentan una mayor sintomatología; en cambio, los que lo encuentran fácil o muy fácil presentan la menor media en sintomatología (ver figuras 80 y 81).

Tabla 96: Análisis de varianza de medidas repetidas de los síntomas depresivos, tomando como factor intersujeto la facilidad para hacer amigos/as en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta ² parcial	gl	MC	F	Eta ² parcial
T	Dep	1	1	,004	,001	,000				
	Dep X VI	,982	4	10,044	2,918*	,018				
	VI						4	293,500	27,082***	,143
O	Dep	,998	1	1,702	,493	,002				
	Dep X VI	,940	4	16,378	4,746**	,060				
	VI						4	189,479	21,831***	,225
A	Dep	,999	1	,758	,230	,001				
	Dep X VI	,967	4	9,734	2,952*	,033				
	VI						4	121,263	10,070***	,105

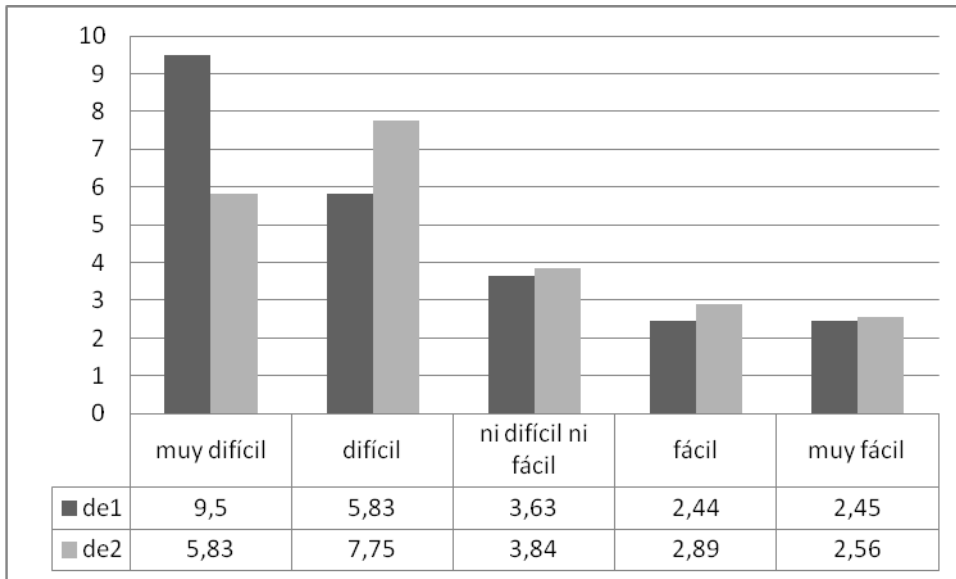


Figura 80: Medias en síntomas depresivos en la oleada 1 y en la oleada 2 en chicos, según la facilidad para hacer amigos en la oleada 1.

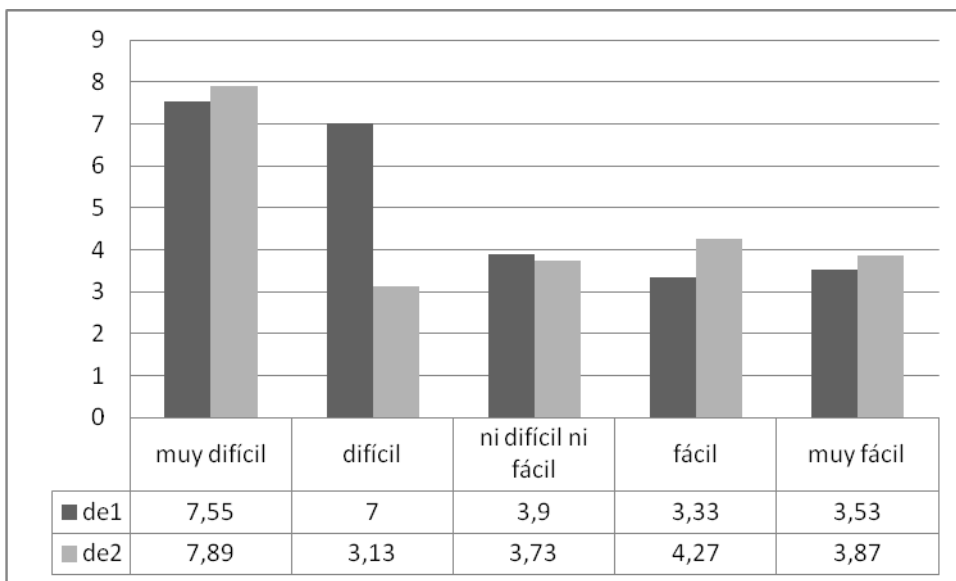


Figura 81: Medias en síntomas depresivos en la oleada 1 y en la oleada 2 en chicas, según la facilidad para hacer amigos en la oleada 1.

El número de buenos amigos y amigas sólo encuentra efecto significativo en los chicos, explicando hasta un 18,4% de la varianza en sintomatología (ver tabla 97). Los chicos que no tienen amigos tienen una mayor media en síntomas que aquellos chicos con más amigos (ver figura 82).

Tabla 97: Análisis de varianza de medidas repetidas de los síntomas depresivos, tomando como factor intersujeto el número de amigos y amigas en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta ² parcial	gl	MC	F	Eta ² parcial
T	Dep	1	1	.415	.121	.000				
	Dep X VI	.979	6	7.600	2.214*	.021				
	VI						6	71.546	5.955***	.053
O	Dep	.992	1	7.763	2.249	.008				
	Dep X VI	.939	6	10.778	3.123**	.061				
	VI						6	99.448	10.881***	.184
A	Dep	.999	1	1.512	.444	.001				
	Dep X VI	.992	6	1.508	.443	.008				
	VI						6	25.650	1.952	.034

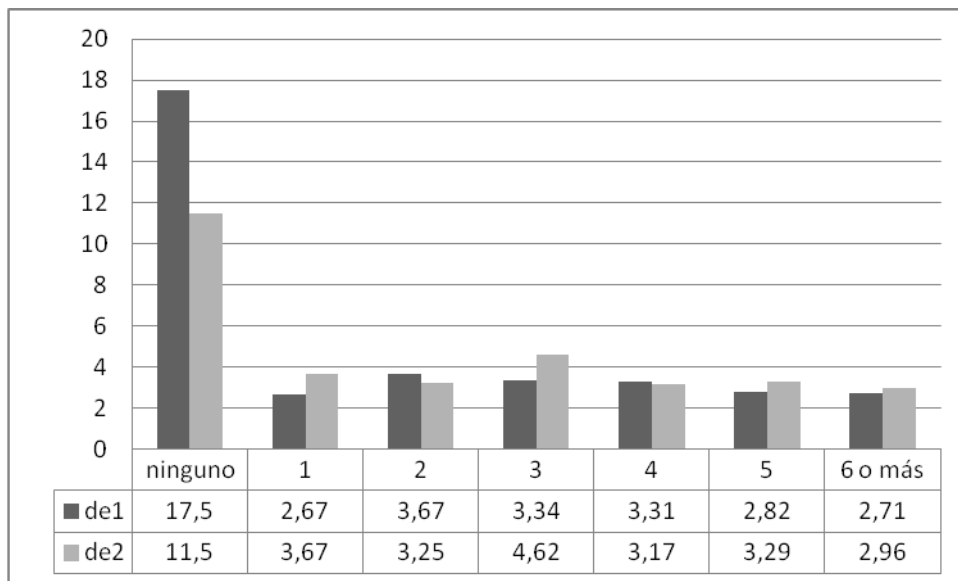


Figura 82: Medias en síntomas depresivos en la oleada 1 y en la oleada 2 en chicos, según el número de amigos en la oleada 1.

Igualmente el número de tardes que se sale con los amigos o amigas a la semana sólo presenta efecto significativo en los chicos, explicando menos del 3% de la varianza (ver tabla 98). Las correlaciones señalan que el número de tardes que se sale con los amigos se asocia de forma inversa con la presencia de síntomas depresivos (ver tabla 99).

Tabla 98: Análisis de varianza de medidas repetidas de los síntomas depresivos, tomando como covariable el número de tardes con los amigos a la semana en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta2 parcial	gl	MC	F	Eta2 parcial
T	Dep	,997	1	5,747	1,649	,003	1	145,185	11,706**	,018
	Dep X VI VI	1	1	,047	,013	,000				
O	Dep	1	1	,016	,004	,000	1	91,328	8,434**	,027
	Dep X VI VI	,997	1	3,036	,841	,003				
A	Dep	,991	1	10,614	3,138	,009	1	37,749	2,848	,008
	Dep X VI VI	,998	1	2,108	,623	,002				

Tabla 99: Correlaciones de orden 0 entre el número de tardes con los amigos, y los síntomas depresivos en la oleada 1 y en la oleada 2, tomando la muestra total y dividiéndola por sexos.

	Total		Chicos		Chicas	
	DE1	DE2	DE1	DE2	DE1	DE2
Nº de tardes con los amigos	-,130**	-,120**	-,180**	-,130*	-,062	-,098

Concluimos este apartado sobre los iguales, mostrando los resultados del efecto significativo de la resistencia a la presión grupal sobre la sintomatología depresiva en las chicas (ver tabla 100). Esta variable explica menos de un 3% de la varianza.

La figura 83 nos muestra que las chicas más resistentes a la presión grupal y que siempre o casi siempre pueden manifestar que no están de acuerdo son las que tienen menos síntomas. Las chicas menos resistentes, a quienes les resulta muy difícil llevar la contraria al grupo y no dicen nada si discrepan de éste, son las que más síntomas presentan.

Tabla 100: Análisis de varianza de medidas repetidas de los síntomas depresivos, tomando como factor intersujeto la resistencia a la presión grupal en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta ² parcial	gl	MC	F	Eta ² parcial
T	Dep	,997	1	6,449	1,850	,003				
	Dep X VI VI	,995	3	4,038	1,159	,005	3	30,623	2,443	,011
O	Dep	,997	1	2,813	,774	,003				
	Dep X VI VI	,990	3	3,511	,966	,010	3	3,956	,352	,004
A	Dep	,997	1	3,543	1,045	,003				
	Dep X VI VI	,997	3	1,162	,343	,003	3	44,362	3,405*	,029

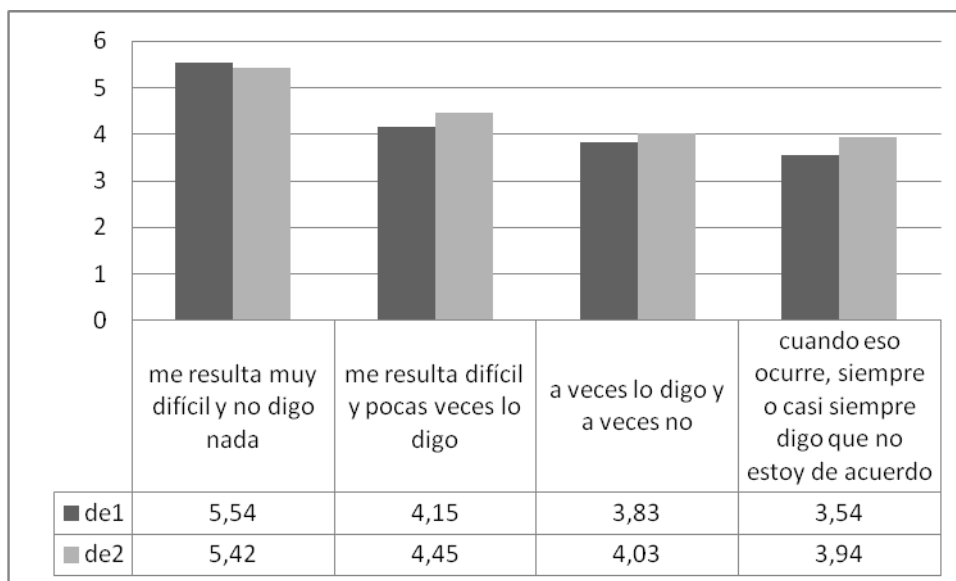


Figura 83: Medias en síntomas depresivos en la oleada 1 y en la oleada 2 en chicas, según la resistencia a la presión grupal en la oleada 1.

Síntomas depresivos y actividad físico-deportiva

En este apartado presentamos los resultados del efecto de la práctica de deporte y de la práctica del ejercicio físico en los síntomas depresivos de los adolescentes.

La práctica de deporte en horario extraescolar presenta efecto significativo en los síntomas depresivos de los chicos (explicando casi un 4% de la varianza; ver tabla 101). En la figura 84 se observa que los chicos que presentan una menor media en síntomas depresivos son aquéllos que practican deporte con mayor frecuencia, frente a aquéllos que lo hacen muy pocas veces.

La práctica de algún tipo de ejercicio físico sólo presenta efecto significativo sobre la sintomatología depresiva cuando analizamos la muestra total, explicando menos de un 3% (ver tabla 102). Los adolescentes con más síntomas depresivos son aquéllos que no practican ejercicio físico alguno, mientras que los grupos que practican más ejercicio físico son los que presentan medias más reducidas (ver figura 85).

Tabla 101: Análisis de varianza de medidas repetidas de los síntomas depresivos, tomando como factor intersujeto la práctica de deporte en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta ² parcial	gl	MC	F	Eta ² parcial
T	Dep	,990	1	22,153	6,351*	,010	4	75,697	6,224***	,037
	Dep X VI VI	,996	4	2,222	,637	,004				
O	Dep	,992	1	8,703	2,415	,008	4	32,857	3,049*	,039
	Dep X VI VI	,986	4	3,830	1,062	,014				
A	Dep	,982	1	21,129	6,239*	,018	4	22,038	1,673	,019
	Dep X VI VI	,991	4	2,571	,759	,009				

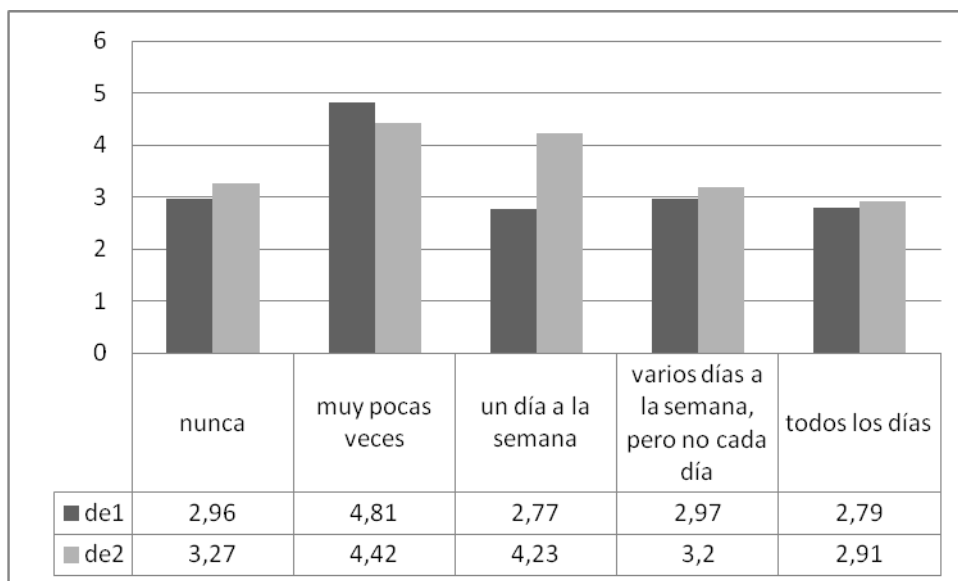


Figura 84: Medias en síntomas depresivos en la oleada 1 y en la oleada 2, en chicos, según la frecuencia de práctica de deporte.

Tabla 102: Análisis de varianza de medidas repetidas de los síntomas depresivos, tomando como factor intersujeto la práctica de ejercicio físico en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta ² parcial	gl	MC	F	Eta ² parcial
T	Dep	,997	1	6,691	1,949	,003				
	Dep X VI	,976	5	11,084	3,230**	,024				
							5	46,597	3,781**	,028
O	Dep	,999	1	,550	,154	,001				
	Dep X VI	,973	5	5,984	1,677	,027				
							5	16,810	1,532	,025
A	Dep	,992	1	9,025	2,690	,008				
	Dep X VI	,974	5	6,144	1,831	,026				
							5	18,632	1,404	,020

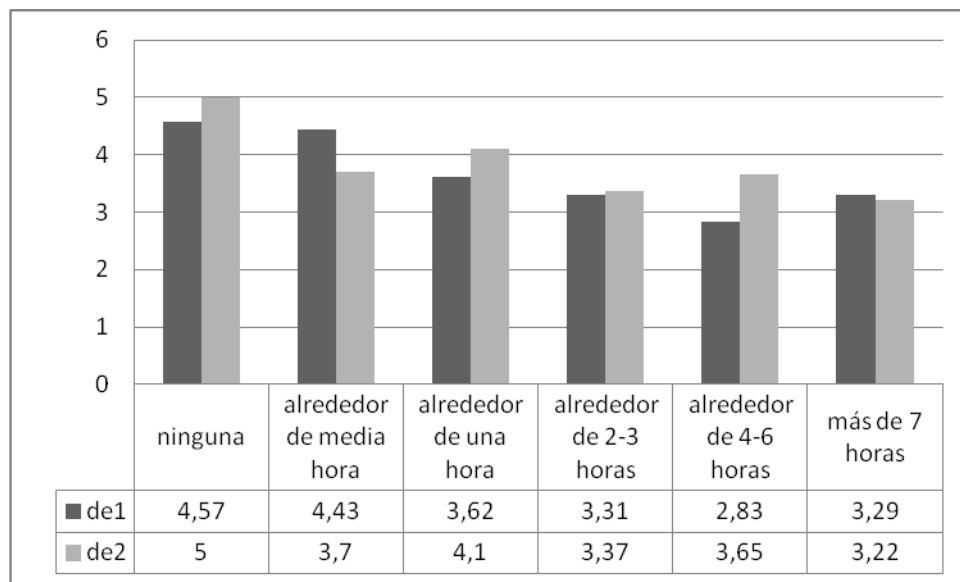


Figura 85: Medias en síntomas depresivos en la oleada 1 y en la oleada 2, según la frecuencia de práctica de ejercicio físico en la oleada 1.

Síntomas depresivos y hábitos de sueño

Entre las variables relacionadas con los hábitos de sueño mostramos los resultados de la hora de acostarse en el fin de semana, la hora de levantarse en el fin de semana, las horas de sueño en el fin de semana y el cansancio matinal. No se han encontrado resultados significativos respecto a los hábitos de sueño entre semana.

La hora de acostarse en el fin de semana presenta efecto en la sintomatología depresiva tan sólo en los chicos, explicando un 6% de la varianza (ver tabla 103). En la figura 86 observamos que los chicos que se acuestan más temprano son los que tienen una media de síntomas menor, en comparación con aquéllos que se acuestan sobre las 2 ó las 3 de la madrugada.

La hora de levantarse en el fin de semana tiene, en cambio, efecto significativo sólo en las chicas, explicando menos de un 5% de la sintomatología (ver tabla 104). Las chicas que se levantan sobre las 12 tienen una media en sintomatología superior a aquéllas que se levantan sobre las 11 en el fin de semana (ver figura 87). Comparar los grupos resulta complicado, dado el número reducido de chicas que han seleccionado algunas opciones de respuesta.

Tabla 103: Análisis de varianza de medidas repetidas de los síntomas depresivos, tomando como factor intersujeto la hora de acostarse en el fin de semana en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta ² parcial	gl	MC	F	Eta ² parcial
T	Dep	,994	1	12,476	3,629	,006				
	Dep X VI VI	,976	8	6,930	2,016*	,024	8	33,688	2,742**	,033
O	Dep	,989	1	11,648	3,251	,011				
	Dep X VI VI	,967	8	4,530	1,264	,033	8	25,474	2,385*	,060
A	Dep	,999	1	1,708	,510	,001				
	Dep X VI VI	,969	8	4,582	1,368	,031	8	21,967	1,681	,038

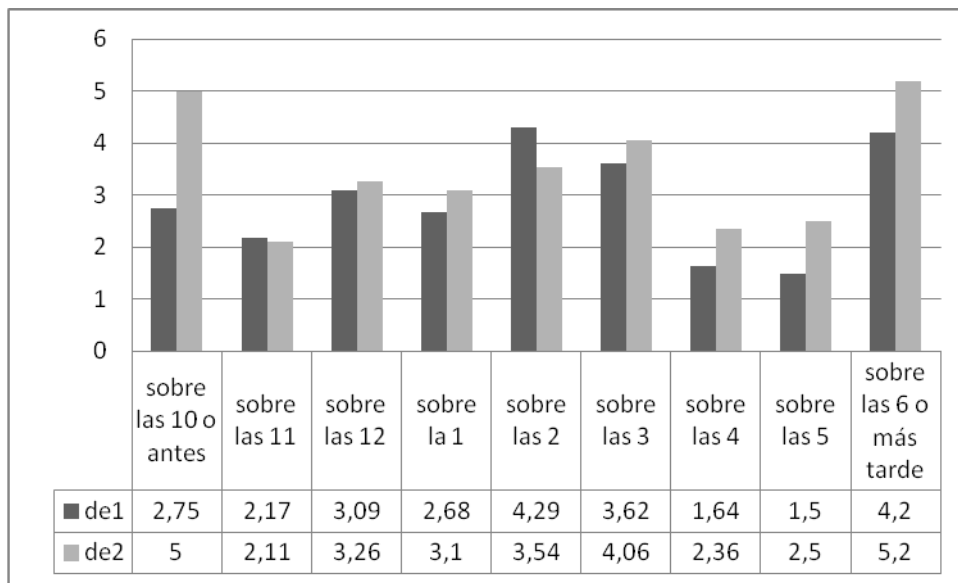


Figura 86: Medias en síntomas depresivos en la oleada 1 y en la oleada 2 en chicos, según la hora de acostarse en el fin de semana.

Tabla 104: Análisis de varianza de medidas repetidas de los síntomas depresivos, tomando como factor intersujeto la hora de levantarse en el fin de semana en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta ² parcial	gl	MC	F	Eta ² parcial
T	Dep	,997	1	7,517	2,147	,003	6	21,271	1,702	,015
	Dep X VI VI	,998	6	,841	,240	,002				
O	Dep	,999	1	,658	,180	,001	6	20,438	1,877	,036
	Dep X VI VI	,988	6	2,160	,592	,012				
A	Dep	,999	1	1,145	,339	,001	6	36,758	2,849*	,048
	Dep X VI VI	,989	6	2,172	,642	,011				

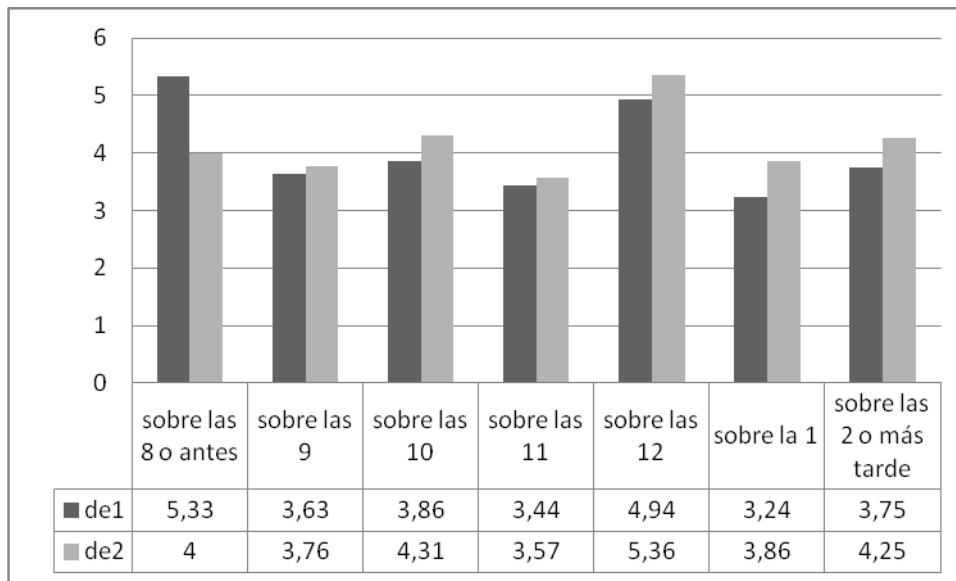


Figura 87: Medias en síntomas depresivos en la oleada 1 y en la oleada 2 en chicas, según la hora de levantarse en el fin de semana.

El cansancio matinal también presenta efecto significativo sólo en las chicas (ver tabla 105). Esta variable explica menos de un 6% de la varianza de los síntomas en las chicas. Aquéllas que se levantan cansadas 4 ó más veces a la semana son las que presentan mayor sintomatología, mientras que aquéllas que raras veces o nunca se levantan cansadas son las que tienen una media más reducida (ver figura 88).

Tabla 105: Análisis de varianza de medidas repetidas de los síntomas depresivos, tomando como factor intersujeto el cansancio matinal en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta ² parcial	gl	MC	F	Eta ² parcial
T	Dep	,996	1	8,320	2,384	,004	3	64,189	5,215**	,023
	Dep X VI VI	,997	3	2,065	,592	,003				
O	Dep	,998	1	2,147	,591	,002	3	12,569	1,138	,011
	Dep X VI VI	,997	3	1,228	,338	,003				
A	Dep	,995	1	5,635	1,683	,005	3	87,177	6,909***	,057
	Dep X VI VI	,981	3	7,361	2,199	,019				

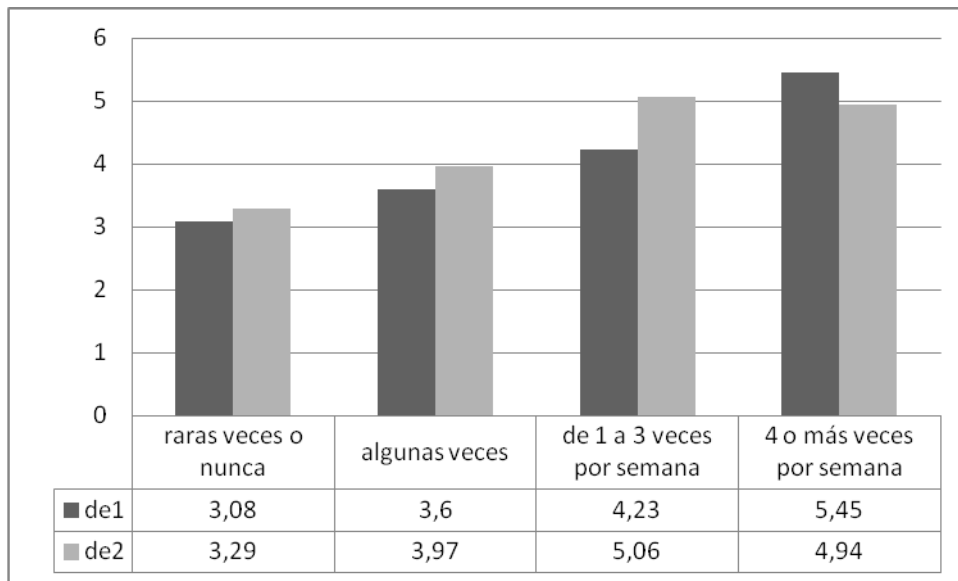


Figura 88: Medias en síntomas depresivos en la oleada 1 y en la oleada 2 en chicas, según el cansancio matinal.

Para concluir, los resultados muestran que la covariable horas de sueño en el fin de semana tiene efecto significativo tanto en chicas como en chicos, si bien apenas supera el 1% de varianza explicada (ver tabla 106). Las correlaciones muestran asociaciones negativas e inconsistentes entre las horas de sueño y la sintomatología, atendiendo a la oleada y al sexo (tabla 107).

Tabla 106: Análisis de varianza de medidas repetidas de la síntomas depresivos, tomando como covariable las horas de sueño en el fin de semana en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta2 parcial	gl	MC	F	Eta2 parcial
T	Dep	1	1	,479	,138	,000	1	72,045	5,769*	,009
	Dep X VI VI	,999	1	2,001	,575	,001				
O	Dep	,997	1	3,568	,985	,003	1	46,982	4,286*	,014
	Dep X VI VI	,998	1	2,183	,602	,002				
A	Dep	,992	1	8,727	2,617	,008	1	61,427	4,663*	,013
	Dep X VI VI	,989	1	12,477	3,742	,011				

Tabla 107: Correlaciones de orden 0 entre las horas de sueño entre semana y las horas de sueño en el fin de semana, y la síntomas depresivos en la oleada 1 y en la oleada 2, tomando la muestra total y dividiéndola por sexos.

	Total		Chicos		Chicas	
	DE1	DE2	DE1	DE2	DE1	DE2
Horas de sueño entre semana	-,049	,000	,048	,098	-,125*	-,065
Horas de sueño en el fin de semana	-,100**	-,066	-,096	-,112*	-,144**	-,061

Síntomas depresivos y consumo de sustancias

Empezaremos describiendo los resultados encontrados respecto al consumo de cerveza, vino y licores.

La frecuencia en el consumo de cerveza presenta un efecto significativo sobre los síntomas, tanto en chicas como en chicos, aunque con un porcentaje de varianza explicada reducido (sobre el 4% en chicos y menos del 3% en chicas; ver tabla 108). En las figuras 89 y 90 se observa que los chicos y chicas con un consumo más frecuente de cerveza son los que presentan medias más elevadas de síntomas depresivos.

La frecuencia en el consumo de vino sólo tiene efecto sobre la sintomatología de las chicas, explicando sólo el 2,6% (ver tabla 109). Las chicas que nunca han tomado vino son las que tienen medias más bajas de síntomas depresivos (ver figura 91). Lo mismo podemos decir de la frecuencia en el consumo de licores (ver tabla 110 y figura 92).

Tabla 108: Análisis de varianza de medidas repetidas de los síntomas depresivos, tomando como factor intersujeto la frecuencia en el consumo de cerveza en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta ² parcial	gl	MC	F	Eta ² parcial
T	Dep	,996	1	7,893	2,275	,004				
	Dep X VI	,996	4	2,338	,674	,004				
							4	27,389	2,268	,014
O	Dep	,995	1	5,182	1,410	,005				
	Dep X VI	,991	4	2,510	,683	,009				
							4	37,403	3,471**	,044
A	Dep	,975	1	28,103	8,713**	,025				
	Dep X VI	,973	2	15,619	4,843**	,027				
							2	58,440	4,741**	,027

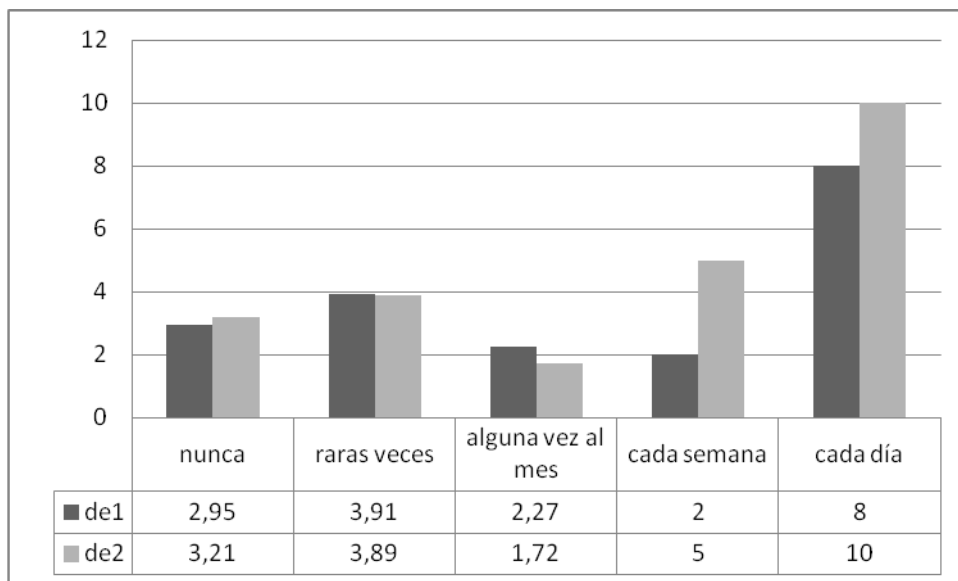


Figura 89: Medias en síntomas depresivos en la oleada 1 y en la oleada 2 en chicos, según el consumo de cerveza.

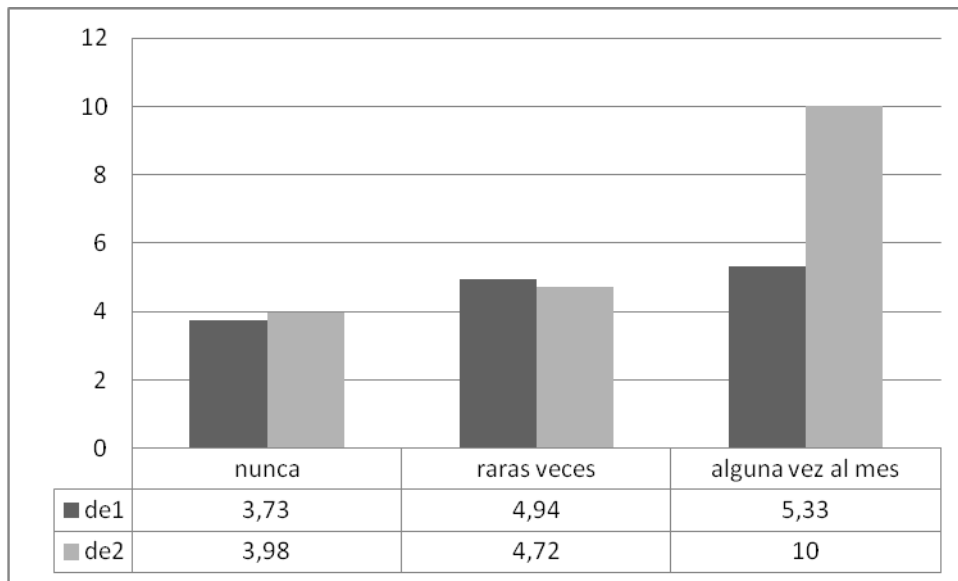


Figura 90: Medias en síntomas depresivos en la oleada 1 y en la oleada 2 en chicas, según el consumo de cerveza.

Tabla 109: Análisis de varianza de medidas repetidas de los síntomas depresivos, tomando como factor intersujeto la frecuencia en el consumo de vino en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta ² parcial	gl	MC	F	Eta ² parcial
T	Dep	1	1	,113	,033	,000	4	37,786	3,180*	,019
	Dep X VI VI	,996	4	2,302	,671	,004				
O	Dep	,996	1	4,546	1,255	,004	3	18,847	1,743	,017
	Dep X VI VI	,993	3	2,475	,684	,007				
A	Dep	,999	1	1,219	,372	,001	3	37,427	3,037*	,026
	Dep X VI VI	,996	3	1,480	,451	,004				

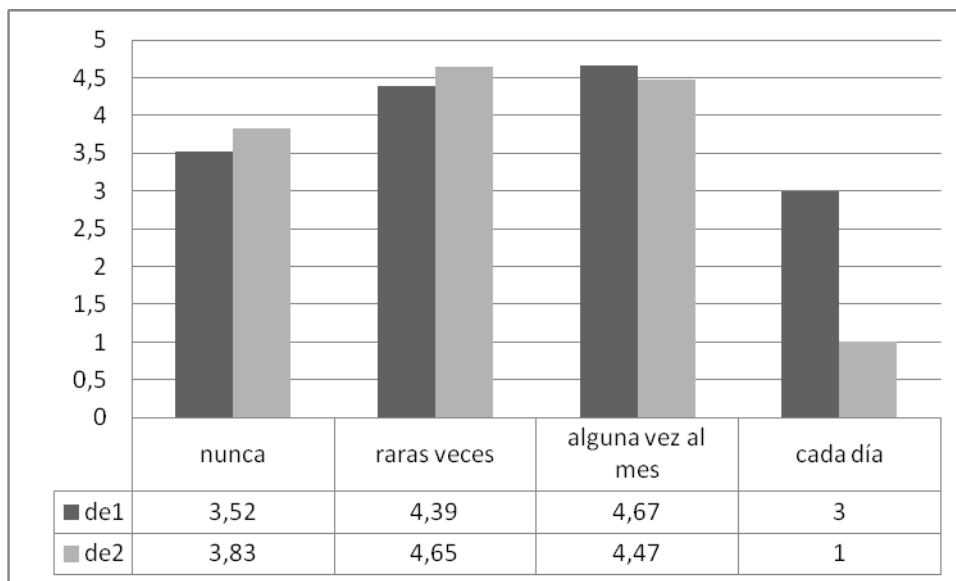


Figura 91: Medias en síntomas depresivos en la oleada 1 y en la oleada 2 en chicas, según el consumo de vino.

Tabla 110: Análisis de varianza de medidas repetidas de los síntomas depresivos, tomando como factor intersujeto la frecuencia en el consumo de licores en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta ² parcial	gl	MC	F	Eta ² parcial
T	Dep	,995	1	11,115	3,191	,005	3	26,296	2,152	,010
	Dep X VI VI	,997	3	1,905	,547	,003				
O	Dep	,997	1	3,059	,845	,003	3	5,632	,528	,005
	Dep X VI VI	,996	3	1,330	,367	,004				
A	Dep	,994	1	7,364	2,172	,006	3	39,567	3,065*	,026
	Dep X VI VI	,995	3	1,862	,549	,005				

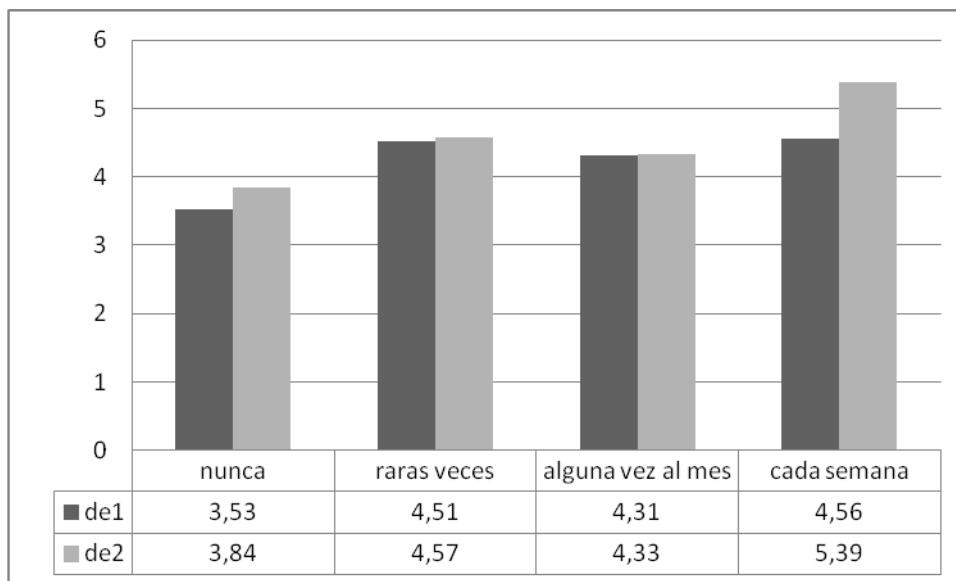


Figura 92: Medias en síntomas depresivos en la oleada 1 y en la oleada 2 en chicas, según el consumo de licores.

Analizaremos a continuación los resultados de las variables que abordan la frecuencia de embriaguez, el grado de participación en el botellón y el consumo comparado de alcohol en el botellón.

La frecuencia de embriaguez explica un 6,4% de la varianza de la sintomatología en las chicas (ver tabla 111). De esta manera, las chicas que se han embriagado más veces presentan medias de síntomas depresivos más altas que las chicas que lo han hecho sólo una vez o nunca (ver figura 94). Las chicas que se han embriagado más de 10 veces son un grupo muy reducido y no ofrece resultados destacables. En los chicos se observa una interacción significativa entre síntomas y frecuencia de embriaguez, siendo los que más síntomas presentan los chicos que se han emborrachado más de 4 veces (ver figura 93).

Tabla 111: Análisis de varianza de medidas repetidas de los síntomas depresivos, tomando como factor intersujeto la frecuencia de embriaguez en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta ² parcial	gl	MC	F	Eta ² parcial
T	Dep	1	1	,447	,129	,000	4	32,999	2,654*	,016
	Dep X VI VI	,987	4	7,691	2,223	,013				
O	Dep	,995	1	5,085	1,434	,005	4	6,162	,552	,007
	Dep X VI VI	,967	4	9,205	2,596*	,033				
A	Dep	,999	1	1,456	,431	,001	4	74,407	5,922***	,064
	Dep X VI VI	,988	4	3,489	1,033	,012				

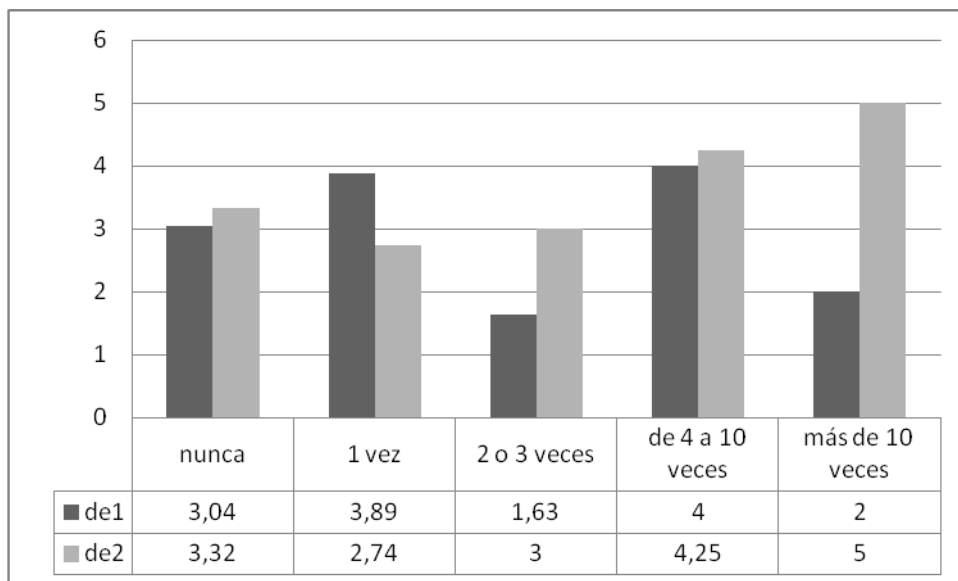


Figura 93: Medias en síntomas depresivos en la oleada 1 y en la oleada 2 en chicos, según la frecuencia de embriaguez.

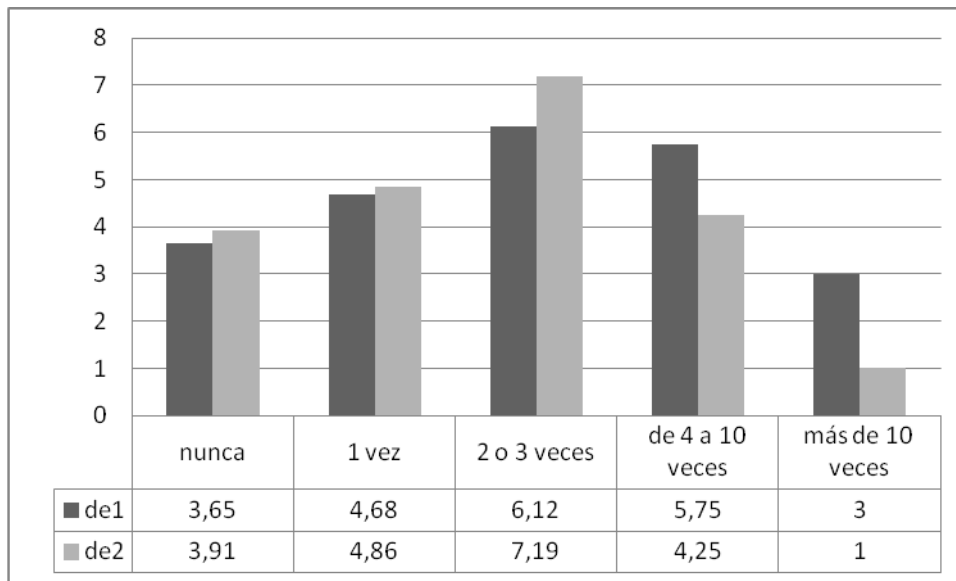


Figura 94: Medias en síntomas depresivos en la oleada 1 y en la oleada 2 en chicas, según la frecuencia de embriaguez.

La participación en el botellón interacciona con el nivel de sintomatología de forma significativa en las chicas (ver tabla 112). Las chicas que van más de botellón son las que presentan más síntomas, mientras que las que nunca han ido son las que tienen medias más bajas (ver figura 95).

Tabla 112: Análisis de varianza de medidas repetidas de los síntomas depresivos, tomando como factor intersujeto la participación en el botellón en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta ² parcial	gl	MC	F	Eta ² parcial
T	Dep	1	1	,038	,011	,000	4	2,654	,210	,001
	Dep X VI VI	,991	4	5,149	1,192	,009				
O	Dep	,997	1	3,110	,867	,003	4	6,885	,620	,008
	Dep X VI VI	,994	4	1,686	,470	,006				
A	Dep	1	1	,497	,150	,000	4	16,372	1,237	,014
	Dep X VI VI	,967	4	9,779	2,961*	,033				

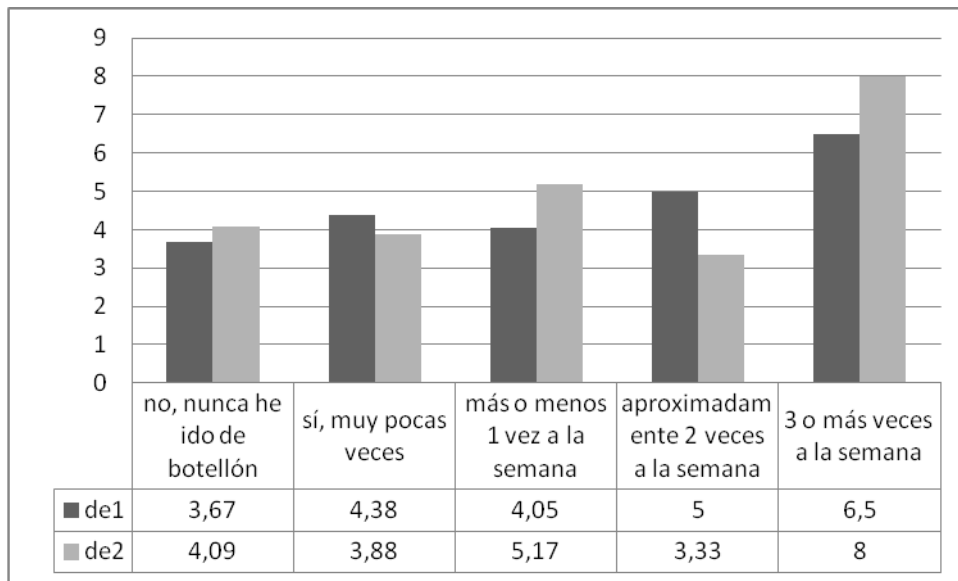


Figura 95: Medias en síntomas depresivos en la oleada 1 y en la oleada 2 en chicas, según la participación en el botellón en la oleada 1.

El consumo comparado de alcohol en el botellón presenta efectos significativos en las chicas (4,4% de varianza explicada), de forma que las chicas que nunca o casi nunca van de botellón o que cuando van no beben nada de alcohol son las que presentan menos síntomas de depresión (ver tabla 113 y figura 96).

Tabla 113: Análisis de varianza de medidas repetidas de los síntomas depresivos, tomando como factor intersujeto el consumo comparado de alcohol en el botellón en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta ² parcial	gl	MC	F	Eta ² parcial
T	Dep	1	1	,992	,285	,000	4	19,960	1,594	,010
	Dep X VI VI	,993	4	3,882	1,114	,007				
O	Dep	,999	1	1,300	,361	,001	4	7,802	,702	,009
	Dep X VI VI	,985	4	4,297	1,194	,015				
A	Dep	1	1	,081	,024	,000	4	50,945	3,957**	,044
	Dep X VI VI	,990	4	2,819	,831	,010				

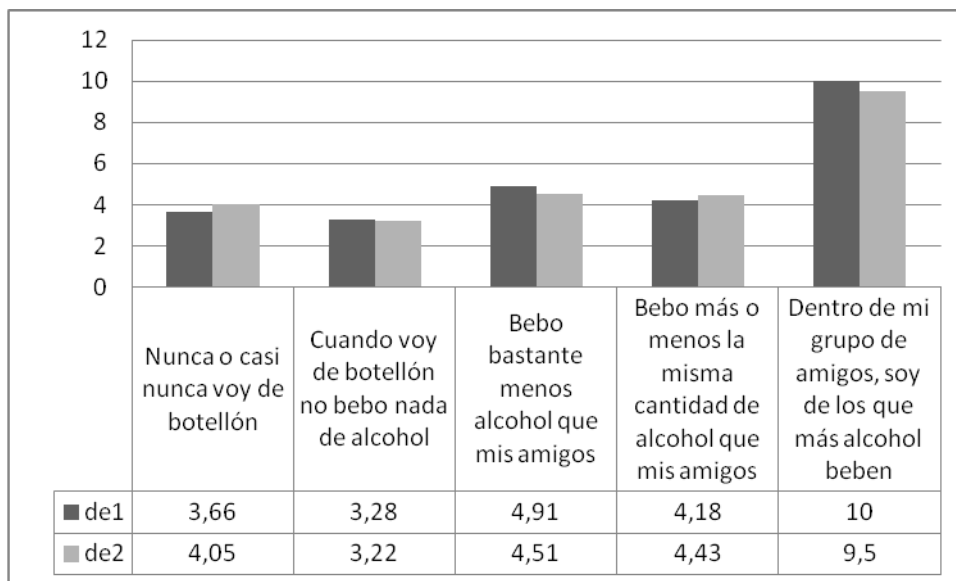


Figura 96: Medias en síntomas depresivos en la oleada 1 y en la oleada 2 en chicas, según el consumo en el botellón.

Cerramos este apartado sobre consumo de sustancias y sintomatología depresiva, analizando el efecto del consumo de drogas (cannabis).

En la tabla 114 puede observarse el efecto significativo que tiene el consumo de cannabis en las chicas, de manera que las chicas que han tomado cannabis presentan más síntomas depresivos (ver figura 97). En la tabla 115, observamos que el consumo de cannabis en el último mes interacciona con los síntomas en las chicas. Las chicas que tomaron cannabis en el último mes (una o dos veces) son las que presentan una media más alta de síntomas (ver figura 98).

Tabla 114: Análisis de varianza de medidas repetidas de los síntomas depresivos, tomando como factor intersujeto la frecuencia en el consumo de drogas (cannabis) en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta ² parcial	gl	MC	F	Eta ² parcial
T	Dep	,999	1	1,852	,526	,001	2	75,726	6,257**	,019
	Dep X VI VI	,996	2	3,938	1,118	,004				
O	Dep	,999	1	,733	,198	,001	2	2,792	,249	,002
	Dep X VI VI	,997	2	1,501	,405	,003				
A	Dep	,999	1	1,189	,350	,001	2	106,257	8,693***	,048
	Dep X VI VI	,996	2	2,494	,734	,004				

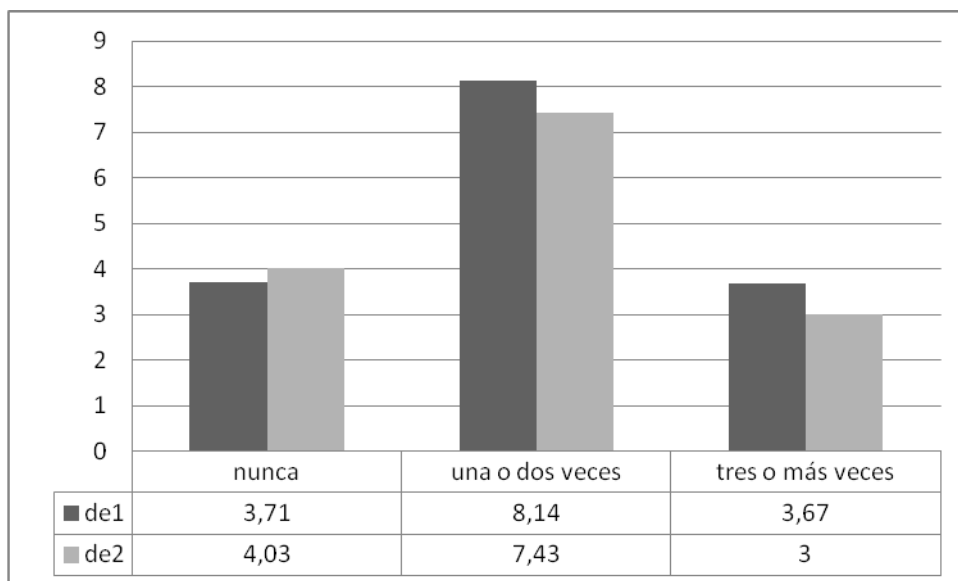


Figura 97: Medias en síntomas depresivos en la oleada 1 y en la oleada 2 en chicas, según el consumo de drogas (cannabis).

Tabla 115: Análisis de varianza de medidas repetidas de los síntomas depresivos, tomando como factor intersujeto el consumo drogas (cannabis) en el último mes en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta ² parcial	gl	MC	F	Eta ² parcial
T	Dep	,993	1	16,679	4,827*	,007	2	4,979	,404	,001
	Dep X VI	,987	2	14,988	4,337*	,013				
	VI									
	VI									
O	Dep	,997	1	3,681	1,018	,003	2	1,646	,147	,001
	Dep X VI	,990	2	5,249	1,452	,010				
	VI									
	VI									
A	Dep	,998	1	2,334	,706	,002	2	7,641	,597	,003
	Dep X VI	,972	2	16,592	5,018**	,028				
	VI									
	VI									

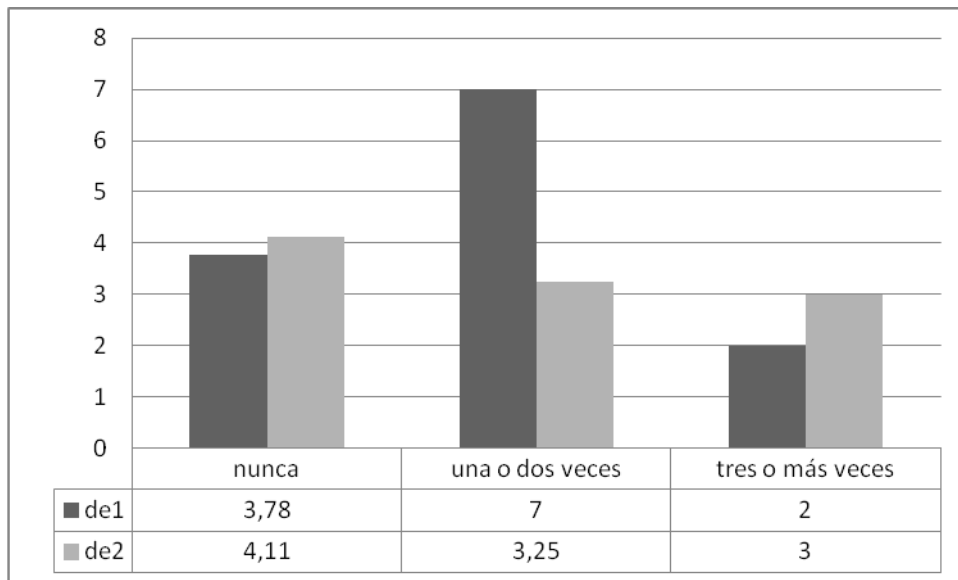


Figura 98: Medias en síntomas depresivos en la oleada 1 y en la oleada 2 en chicas, según el consumo de drogas (cannabis) en el último mes.

Síntomas depresivos y autopercepción, rumiación e inteligencia emocional

Entre las características psicológicas de los adolescentes merece especial atención la autoestima. La autoestima tiene un efecto muy significativo en la sintomatología, explicando el 47,5% de la varianza en las chicas y el 37,4% en los chicos (ver tabla 116).

Una mayor autoestima está asociada a menos sintomatología depresiva, y al revés, una menor autoestima está asociada a una mayor sintomatología (ver tabla 117).

Tabla 116: Análisis de varianza de medidas repetidas de los síntomas depresivos, tomando como covariable la autoestima en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta2 parcial	gl	MC	F	Eta2 parcial
T	Dep	,978	1	48,820	14,667***	,022				
	Dep	,973	1	59,663	17,663***	,027				
	X VI VI						1	3494,024	486,471***	,433
O	Dep	,947	1	56,734	16,631***	,053				
	Dep	,942	1	63,093	18,495***	,058				
	X VI VI						1	1250,160	178,925***	,374
A	Dep	,994	1	6,986	2,163	,006				
	Dep	,990	1	10,640	3,295	,010				
	X VI VI						1	2143,322	304,356***	,475

Tabla 117: Correlaciones de orden 0 entre la autoestima y los síntomas depresivos en la oleada 1 y en la oleada 2, tomando la muestra total y dividiéndola por sexos.

	Total		Chicos		Chicas	
	DE1	DE2	DE1	DE2	DE1	DE2
Autoestima	-,664**	-,503**	-,639**	-,423**	-,677**	-,559**

La satisfacción corporal también presenta un efecto de especial relevancia en los síntomas depresivos, tanto en los chicos como en las chicas (ver tabla 118). En los chicos explica el 28,9% de la varianza, mientras que en las chicas explica el 21%.

Los chicos y las chicas a los que no les gusta nada su cuerpo y aquéllos y aquéllas a los que les gusta poco son los que presentan una media mayor en síntomas depresivos. Por otra parte, los chicos y chicas más satisfechos con su cuerpo son los que presentan una media más baja (ver figuras 99 y 100).

Tabla 118: Análisis de varianza de medidas repetidas de los síntomas depresivos, tomando como factor intersujeto la satisfacción corporal en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta ² parcial	gl	MC	F	Eta ² parcial
T	Dep	1	1	,967	,280	,000				
	Dep X VI VI	,986	4	8,138	2,351	,014	4	500,172	52,273***	,244
O	Dep	1	1	,019	,005	,000				
	Dep X VI VI	,980	4	5,533	1,536	,020	4	244,872	30,671***	,289
A	Dep	,999	1	1,046	,310	,001				
	Dep X VI VI	,987	4	3,832	1,137	,013	4	242,428	22,777***	,210

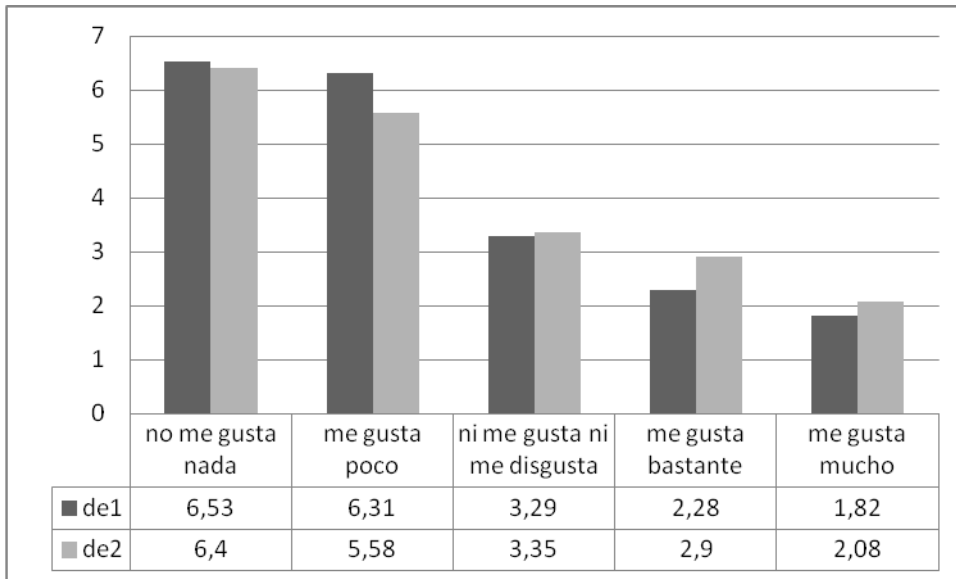


Figura 99: Medias en síntomas depresivos en la oleada 1 y en la oleada 2 en chicos, según la satisfacción corporal.

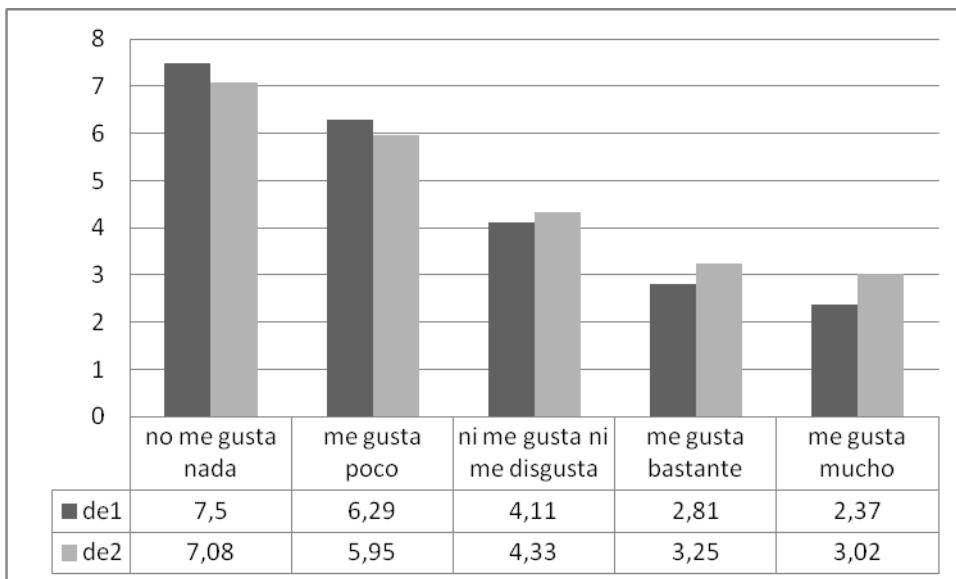


Figura 100: Medias en síntomas depresivos en la oleada 1 y en la oleada 2 en chicas, según la satisfacción corporal.

Entre las respuestas que pueden dar los adolescentes ante las emociones negativas, estudiamos la rumiación depresiva y la distracción.

La rumiación depresiva explica el 4,2% de la sintomatología depresiva en chicos, mientras que en las chicas explica casi el doble (8,1%), como podemos ver en la

tabla 119. Una mayor rumiación depresiva se asocia a una mayor sintomatología, y viceversa (ver tabla 121).

La distracción también tiene efectos significativos en las chicas y en los chicos (ver tabla 120). En las chicas explica sobre el 8% de la sintomatología, mientras que en los chicos explica menos de la mitad (3,5%). Las correlaciones señalan que un mayor uso de la distracción se asocia a menos sintomatología, y viceversa (ver tabla 121).

Tabla 119: Análisis de varianza de medidas repetidas de los síntomas depresivos, tomando como covariable la rumiación depresiva en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta2 parcial	gl	MC	F	Eta2 parcial
T	Dep	1	1	,061	,017	,000				
	Dep X VI	,999	1	2,787	,790	,001				
	VI						1	535,140	45,223***	,067
O	Dep	,987	1	13,957	3,881	,013				
	Dep X VI	,979	1	22,466	6,247*	,021				
	VI						1	136,853	12,699***	,042
A	Dep	,990	1	11,275	3,303	,010				
	Dep X VI	,995	1	5,532	1,621	,005				
	VI						1	366,113	29,956***	,081

Tabla 120: Análisis de varianza de medidas repetidas de los síntomas depresivos, tomando como covariable la distracción en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta2 parcial	gl	MC	F	Eta2 parcial
T	Dep	,996	1	9,257	2,657	,004				
	Dep X VI	,991	1	20,238	5,809*	,009				
	VI						1	530,571	44,526***	,066
	VI									
O	Dep	,989	1	11,958	3,357					
	Dep X VI	,982	1	18,959	5,322*					
	VI						1	117,165	10,725**	,035
	VI									
A	Dep	,999	1	1,166	,340					
	Dep X VI	,996	1	4,967	1,450					
	VI						1	369,527	29,916***	,081
	VI									

Tabla 121: Correlaciones de orden 0 entre la rumiación depresiva, la distracción y los síntomas depresivos en la oleada 1 y en la oleada 2, tomando la muestra total y dividiéndola por sexos.

	Total		Chicos		Chicas	
	DE1	DE2	DE1	DE2	DE1	DE2
Rumiación depresiva	,226**	,249**	,131*	,262**	,294**	,220**
Distracción	-,264**	-,188**	-,214**	-,119*	-,279**	-,221**

Entre las respuestas que los adolescentes dan ante la experiencia de emociones positivas, analizamos el saboreo, la inhibición y la atribución.

El saboreo de emociones positivas explica en torno al 7% de la varianza de la sintomatología depresiva, tanto en chicos como en chicas (ver tabla 122). La inhibición de emociones positivas explica hasta un 17,6% en las chicas, frente a un 7,1% en los chicos (ver tabla 123). Y, finalmente, la atribución de emociones positivas también presenta efecto significativo en chicas y en chicos. Hasta un 14,4% de la varianza es explicada en los chicos, y un 12,5% en las chicas (ver tabla 124).

En la tabla 125 podemos ver las correlaciones entre las medidas de sintomatología depresiva y las dimensiones de rumiación positiva. Los resultados

muestran que una mayor sintomatología está asociada a un menor saboreo de emociones positivas, una menor atribución de emociones positivas, y a una mayor inhibición de estas emociones. Y viceversa.

Tabla 122: Análisis de varianza de medidas repetidas de los síntomas depresivos, tomando como covariable el saboreo de emociones positivas en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta2 parcial	gl	MC	F	Eta2 parcial
T	Dep	,993	1	15,800	4,589*	,007				
	Dep X VI	,988	1	27,321	7,935**	,012				
	VI						1	523,986	44,936***	,066
O	Dep	,958	1	44,421	13,079***	,042				
	Dep X VI	,947	1	56,459	16,624***	,053				
	VI						1	221,429	21,603***	,068
A	Dep	,999	1	,771	,226	,001				
	Dep X VI	1	1	,002	,001	,000				
	VI						1	314,586	25,615***	,070

Tabla 123: Análisis de varianza de medidas repetidas de los síntomas depresivos, tomando como covariable la inhibición de emociones positivas en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta2 parcial	gl	MC	F	Eta2 parcial
T	Dep	,995	1	11,009	3,194	,005				
	Dep X VI	,999	1	2,264	,657	,001				
	VI						1	864,784	77,316***	,109
O	Dep	1	1	,005	,001	,000				
	Dep X VI	,998	1	1,651	,454	,002				
	VI						1	238,541	22,562***	,071
A	Dep	,981	1	21,068	6,442*	,019				
	Dep X VI	,990	1	10,588	3,238	,010				
	VI						1	767,346	71,414***	,176

Tabla 124: Análisis de varianza de medidas repetidas de los síntomas depresivos, tomando como covariable la atribución de emociones positivas en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta2 parcial	gl	MC	F	Eta2 parcial
T	Dep	,999	1	1,148	,332	,001				
	Dep X VI	,997	1	7,521	2,174	,003				
	VI						1	1145,559	105,104***	,141
	VI									
O	Dep	,994	1	5,991	1,690	,006				
	Dep X VI	,989	1	12,161	3,431	,011				
	VI						1	480,928	49,873***	,144
	VI									
A	Dep	1	1	,479	,141	,000				
	Dep X VI	1	1	,380	,112	,000				
	VI						1	570,109	48,839***	,125
	VI									

Tabla 125: Correlaciones de orden 0 entre el saboreo, la inhibición y la atribución de emociones positivas, y los síntomas depresivos en la oleada 1 y en la oleada 2, tomando la muestra total y dividiéndola por sexos.

	Total		Chicos		Chicas	
	DE1	DE2	DE1	DE2	DE1	DE2
Saboreo	-,305**	-,175**	-,378**	-,117*	-,245**	-,232**
Inhibición	,291**	,282**	,187**	,262**	,427**	,330**
Atribución	-,376**	-,309**	-,395**	-,294**	-,335**	-,302**

Finalizamos el abordaje de las características psicológicas, analizando el papel de la inteligencia emocional. Los resultados sugieren que la atención emocional presenta un efecto significativo en las chicas, aunque explicando sólo el 2,6% de la varianza (ver tabla 126). La claridad emocional y la reparación emocional tienen efectos significativos en la sintomatología depresiva tanto en chicas como en chicos (ver tablas 127 y 128). La claridad emocional explica sobre un 5% de la varianza, mientras que la reparación explica sobre un 11%.

Las correlaciones nos señalan que una menor claridad emocional y una menor reparación emocional se asocian a mayores niveles de síntomas depresivos (ver tabla 129). También puede afirmarse que menores niveles de sintomatología se asocian a una

mayor claridad y a una mayor reparación emocional. La atención emocional sólo presenta correlaciones significativas en la muestra total y en las chicas, de forma que una mayor atención emocional se asocia a una mayor sintomatología depresiva.

Tabla 126: Análisis de varianza de medidas repetidas de los síntomas depresivos, tomando como covariable la atención emocional en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta2 parcial	gl	MC	F	Eta2 parcial
T	Dep	,999	1	3,228	,921	,001	1	122,439	9,797**	,015
	Dep X VI VI	1	1	,088	,025	,000				
O	Dep	,999	1	1,272	,349	,001	1	5,398	,479	,002
	Dep X VI VI	,995	1	5,444	1,492	,005				
A	Dep	,988	1	14,013	4,161*	,012	1	120,927	9,284**	,026
	Dep X VI VI	,993	1	7,857	2,333	,007				

Tabla 127: Análisis de varianza de medidas repetidas de los síntomas depresivos, tomando como covariable la claridad emocional en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta2 parcial	gl	MC	F	Eta2 parcial
T	Dep	,992	1	17,431	5,059*	,008	1	427,461	36,166***	,054
	Dep X VI VI	,986	1	29,717	8,626**	,014				
O	Dep	,972	1	29,198	8,082**	,028	1	192,498	18,004***	,059
	Dep X VI VI	,962	1	40,574	11,232**	,038				
A	Dep	1	1	,243	,074	,000	1	227,197	18,378***	,051
	Dep X VI VI	,998	1	1,798	,547	,002				

Tabla 128: Análisis de varianza de medidas repetidas de los síntomas depresivos, tomando como covariable la reparación emocional en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta2 parcial	gl	MC	F	Eta2 parcial
T	Dep	,996	1	9,981	2,861	,004				
	Dep X VI	,990	1	21,886	6,273*	,010				
							1	964,744	86,270***	,120
O	Dep	,973	1	28,618	8,055**	,027				
	Dep X VI	,962	1	40,769	11,475**	,038				
							1	357,896	35,636***	,110
A	Dep	1	1	,333	,098	,000				
	Dep X VI	1	1	,262	,077	,000				
							1	517,302	43,449***	,112

Tabla 129: Correlaciones de orden 0 entre la atención emocional, la claridad emocional, la reparación emocional y los síntomas depresivos en la oleada 1 y en la oleada 2, tomando la muestra total y dividiéndola por sexos.

	Total		Chicos		Chicas	
	DE1	DE2	DE1	DE2	DE1	DE2
Atención emocional	,123**	,108**	,006	,081	,201**	,106*
Claridad emocional	-,250**	-,156**	-,296**	-,125*	-,205**	-,183**
Reparación emocional	-,359**	-,266**	-,382**	-,213**	-,313**	-,288**

Síntomas depresivos, salud autopercebida e índice de masa corporal

La salud percibida presenta un efecto significativo tanto en chicas como en chicos (ver tabla 130). Esta variable explica en torno al 5% de la varianza.

Las figuras 101 y 102 muestran que los chicos y chicas que se sienten "no muy sanos" presentan una media superior en sintomatología que aquéllos y aquéllas que se sienten "muy sanos".

Tabla 130: Análisis de varianza de medidas repetidas de los síntomas depresivos, tomando como factor intersujeto la salud percibida en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta ² parcial	gl	MC	F	Eta ² parcial
T	Dep	,999	1	2,133	,614	,001				
	Dep X VI	,988	2	13,098	3,772*	,012				
	VI						2	212,840	17,835***	,052
	VI									
O	Dep	,999	1	1,556	,430	,001				
	Dep X VI	,994	2	3,303	,913	,006				
	VI						2	84,069	7,986***	,050
	VI									
A	Dep	,999	1	,640	,190	,001				
	Dep X VI	,982	2	10,821	3,214*	,018				
	VI						2	130,308	10,354***	,057
	VI									

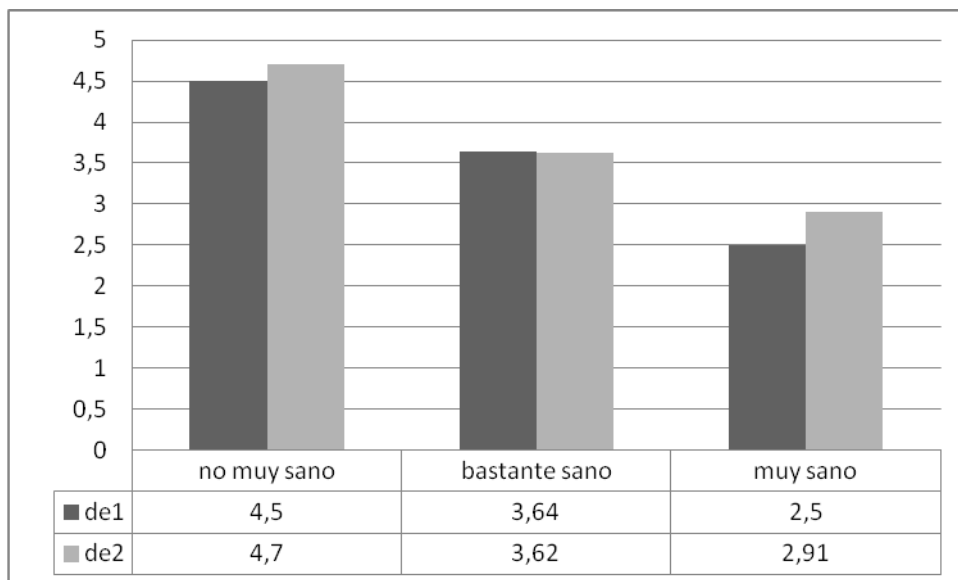


Figura 101: Medias en síntomas depresivos en la oleada 1 y en la oleada 2 en chicos, según la salud percibida.

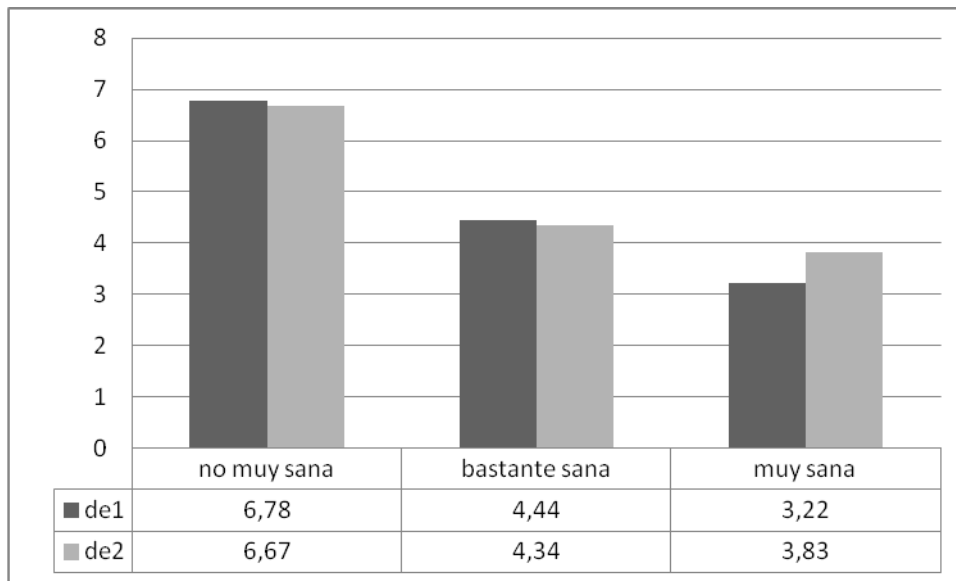


Figura 102: Medias en síntomas depresivos en la oleada 1 y en la oleada 2 en chicas, según la salud percibida.

Respecto al IMC, los resultados nos indican que se da un efecto significativo en los chicos, explicando menos de un 4% de la varianza (ver tabla 131). Un mayor IMC se asocia a mayor sintomatología en los chicos (ver tabla 132).

Tabla 131: Análisis de varianza de medidas repetidas de los síntomas depresivos, tomando como covariable el IMC en la oleada 1, en la muestra total y por sexos.

		Contraste multivariado	Contraste intrasujeto				Contraste intersujeto			
		Lambda Wilks	gl	MC	F	Eta2 parcial	gl	MC	F	Eta2 parcial
T	Dep	1	1	,020	,006	,000	1	89,209	7,105**	,012
	Dep X VI VI	1	1	,465	,138	,000				
O	Dep	,990	1	10,272	2,919	,010	1	118,292	11,077**	,038
	Dep X VI VI	,988	1	12,488	3,549	,012				
A	Dep	,991	1	9,263	2,906	,009	1	32,203	2,397	,008
	Dep X VI VI	,995	1	5,019	1,575	,005				

Tabla 132: Correlaciones de orden 0 entre el IMC y los síntomas depresivos en la oleada 1 y en la oleada 2, tomando la muestra total y dividiéndola por sexos.

	Total		Chicos		Chicas	
	DE1	DE2	DE1	DE2	DE1	DE2
IMC	,089*	,098*	,114*	,218**	,114*	,045

3.2.3. Resumen de los análisis de varianza con la satisfacción vital como variable de medidas repetidas

En este apartado resumiremos de forma sucinta los resultados encontrados respecto a las variables con efecto significativo sobre la satisfacción vital (SV) de los adolescentes (ver tablas 133-135). Recordamos aquí que, en este contexto, por el tipo de análisis realizado y por el carácter transversal del diseño de la primera oleada, el término "efecto" no tiene que interpretarse necesariamente en el sentido de influencia causal de dichas variables sobre la SV

Entre las variables socioculturales y socioeconómicas encontramos que las chicas que no tienen creencias religiosas tienen menor satisfacción vital que aquéllas que sí las tienen. Por otro lado, el nivel de estudios del padre presenta efecto significativo en la satisfacción, tanto de chicos como de chicas: los adolescentes cuyo padre tiene mayor formación son los más satisfechos con sus vidas. En las chicas, encontramos además que aquéllas cuya madre es ama de casa o tiene un nivel profesional de técnico de grado superior son las más satisfechas.

Tanto en chicas como en chicos, hemos encontrado que variables fundamentales de la convivencia familiar mantienen asociaciones relevantes con la SV: la calidad en la relación con el padre, la calidad en la relación con la madre, las actividades en familia en el fin de semana y el apoyo parental en cuestiones académicas. Estas variables resultan tener un mayor poder explicativo de la satisfacción vital de las chicas. De esta manera, los adolescentes que mejor se llevan con su padre y con su madre, que pueden contar con el apoyo de ellos en las cuestiones escolares o que realizan con frecuencia actividades en familia los fines de semana son los más satisfechos con su vida.

Respecto a la estructura de la unidad familiar, los resultados nos muestran que en chicas y en chicos la variable que mide la composición de la unidad familiar original presenta efecto significativo, mientras que la variable relativa a la composición de la unidad familiar reconstituida sólo encuentra significación estadística en el caso de los chicos. Los chicos y chicas que viven con sus dos progenitores son los que presentan las medias más elevadas en satisfacción vital.

En el ámbito escolar encontramos que, por un lado, la satisfacción escolar, el rendimiento percibido y la presión escolar presentan efectos significativos tanto en chicos como en chicas. Así, los chicos y chicas a los que más le gusta la escuela, que perciben su rendimiento como muy bueno o que no se sienten presionados son los que se sienten más satisfechos con su vida. Además, en las chicas, los resultados indican que las expectativas académicas también presentan efecto significativo, de forma que aquellas alumnas de Educación Secundaria Obligatoria que quieren continuar sus estudios haciendo el bachillerato son las que tienen una media superior en satisfacción vital.

Por otro lado, la exclusión escolar y el acoso escolar sufrido también parecen explicar de forma significativa la varianza de la satisfacción vital en las chicas y en los chicos. Aquellos adolescentes que se sienten excluidos y que sufren acoso con más frecuencia son los que se sienten menos satisfechos con su vida. Además, los resultados señalan que las chicas que nunca ejercen acoso escolar son las que tienen una mayor satisfacción vital.

Entre las variables de relación con los iguales, los análisis nos señalan que los chicos y chicas a los que les resulta más fácil hacer amigos y/o amigas son los que se encuentran más satisfechos con su vida. Además, los chicos y chicas que tienen un mayor número de amigos y de amigas son los más satisfechos también. Por otro lado, los chicos que pasan más tardes a la semana con sus amigos o amigas tienen medias más altas de satisfacción, como también ocurre con las chicas más resistentes a la presión grupal.

Respecto a la actividad físico-deportiva, los resultados nos sugieren que tanto la práctica de deporte como la de ejercicio físico a la semana tienen efecto significativo en las chicas, pero no así en los chicos. Las adolescentes que realizan más deporte o algún tipo de ejercicio físico son las que están más satisfechas con su vida.

Los hábitos de sueño también presentan resultados de enorme interés. La hora de acostarse en el fin de semana y el cansancio matinal presentan efecto en la satisfacción

vital de los chicos y las chicas. Los y las adolescentes que se acuestan más tarde en el fin de semana y que se levantan cansados con más frecuencia son los que están menos satisfechos con sus vidas. En las chicas, encontramos, además, que aquéllas que se levantan más tarde los fines de semana, que se acuestan más tarde entre semana y que duermen menos horas entre semana son las que presentan una menor satisfacción vital.

El consumo de sustancias resulta ser un área especialmente relevante en la satisfacción vital de las chicas. Por un lado, encontramos que los chicos y las chicas con un mayor consumo de cerveza y de vino presentan una menor satisfacción vital. Por otro lado, los resultados indican que, además, las chicas con un mayor consumo de licores, con una mayor frecuencia de embriaguez, con un mayor consumo de tabaco y con un mayor consumo de cannabis, presentan las medias más reducidas de satisfacción vital.

Entre las variables psicológicas con efecto significativo en la satisfacción vital merecen especial atención la autoestima y la satisfacción corporal. Los resultados muestran que los chicos y las chicas con una mayor autoestima y los que muestran una alta satisfacción con sus características corporales son los que presentan una mayor satisfacción vital.

Ante las emociones negativas, la respuesta de distracción tiene efecto significativo tanto en las chicas como en los chicos, si bien este efecto es mayor en las primeras. Un mayor uso de la distracción se asocia a una mayor satisfacción vital. Por otro lado, la respuesta de rumiación alcanza efecto significativo en los chicos. Así, los chicos que rumian más se encuentran menos satisfechos con su vida.

Ante las emociones positivas, la respuesta de saboreo, la de atribución y la de inhibición resultan factores explicativos de la satisfacción vital en los adolescentes de ambos géneros. Los resultados apuntan a que los chicos y las chicas que más saborean las emociones positivas, que más se atribuyen estas emociones y que menos las inhiben, son los que presentan puntuaciones más altas en satisfacción vital.

Finalmente, entre las características psicológicas tenemos que prestar atención al papel de la inteligencia emocional. Los chicos y chicas que perciben con mayor claridad sus emociones y que tienen mayor habilidad para repararlas son los más satisfechos con su vida.

La percepción de la propia salud también presenta un efecto significativo tanto en chicas como en chicos. Los adolescentes que se perciben como muy sanos son los que tienen medias más elevadas de satisfacción con la vida.

Para finalizar, en las figuras 103 y 104 observamos el diferente valor explicativo de la satisfacción vital que presentan los diferentes factores predictores, en los chicos y en las chicas, respectivamente.

En la figura 103 observamos que hasta 6 factores explican más del 10% de la varianza de las puntuaciones en satisfacción vital en los chicos. Ordenados de mayor a menor poder explicativo, estos factores son: la autoestima, la satisfacción corporal, la autoatribución de emociones positivas, la calidad en la relación con el padre, la habilidad de reparación emocional, y las actividades en familia en el fin de semana.

En las chicas, como podemos observar en la figura 104, hasta 8 factores explican más allá del 10% de la varianza en satisfacción vital. De mayor a menor poder explicativo estos 8 factores son: la autoestima, la calidad en la relación con la madre, la calidad en la relación con el padre, la satisfacción corporal, las actividades en familia en el fin de semana, la capacidad de distracción ante las emociones negativas, la autoatribución de emociones positivas y la habilidad de reparación emocional.

Tabla 133: Resumen de las variables que, actuando como factores intersujetos o como covariables, presentan efecto significativo en la variable de medidas repetidas de satisfacción vital.

Lista de variables significativas	Valor de F y significación	Eta ² parcial
Nivel de estudios del padre	3,739**	,038
Situación laboral del padre	2,324*	,017
Calidad en la relación con el padre	109,748***	,142
Calidad en la relación con la madre	91,154***	,119
Actividades en familia en el fin de semana	14,826***	,116
Apoyo parental en cuestiones académicas	14,513***	,078
Estructura familiar original	5,283**	,023
Estructura familiar reconstituida	4,219**	,030
Número de hermanos y hermanas	2,817*	,021
Satisfacción escolar	11,222***	,047
Rendimiento percibido	17,096***	,069
Presión escolar	12,559***	,052
Exclusión escolar	20,148***	,081
Acoso escolar sufrido	20,990***	,084
Acoso escolar ejercido	8,648***	,036
Facilidad para hacer amigos	9,596***	,053
Número de amigos	3,741**	,033
Resistencia a la presión grupal	3,349*	,015
Autoestima	327,268***	,328
Satisfacción corporal	26,967***	,136
Rumiación depresiva	7,730**	,012
Distracción	84,219***	,112
Saboreo de emociones positivas	42,902***	,060
Inhibición de emociones positivas	33,814***	,049
Atribución de emociones positivas	89,913***	,118
Claridad emocional	48,384***	,068
Reparación emocional	83,682***	,112
Práctica de deporte	4,396**	,025
Práctica de actividad física	3,837**	,027
Frecuencia en el consumo de cerveza	5,579***	,032
Frecuencia en el consumo de vino	7,734***	,044
Frecuencia en el consumo de licores	8,774***	,037
Frecuencia de embriaguez	2,450*	,014
Frecuencia en el consumo de alcohol en el botellón	2,478*	,014
Frecuencia en el consumo de tabaco	7,771***	,033
Frecuencia en el consumo de drogas	8,135***	,024
Hora de acostarse entre semana	1,971*	,023
Hora de acostarse en el fin de semana	3,034**	,034
Horas de sueño entre semana	8,940**	,013
Horas de sueño en el fin de semana	4,039*	,006
Cansancio matinal	8,704***	,037
Salud percibida	17,320***	,048

Tabla 134: Resumen de las variables que, actuando como factores intersujetos o como covariables, presentan efecto significativo en la variable de medidas repetidas de satisfacción vital, en chicos.

Lista de variables significativas	Valor de F y significación	Eta² parcial
Nivel de estudios del padre	2,530*	,052
Calidad en la relación con el padre	42,759***	,117
Calidad en la relación con la madre	15,151***	,044
Actividades en familia en el fin de semana	6,674***	,108
Apoyo parental en cuestiones académicas	5,979***	,067
Composición de la unidad familiar	2,863*	,026
Composición de la unidad familiar extendida	2,710*	,041
Satisfacción escolar	4,062**	,036
Rendimiento percibido	7,430***	,063
Presión escolar	8,012***	,067
Exclusión escolar	11,431***	,093
Acoso escolar sufrido	12,105***	,098
Facilidad para hacer amigos	8,149***	,090
Número de amigos y amigas	2,676*	,048
Número de tardes con los amigos	7,101**	,021
Autoestima	150,486***	,313
Satisfacción corporal	12,816***	,134
Rumiación depresiva	9,069**	,027
Distracción	32,140***	,091
Saboreo de emociones positivas	20,555***	,059
Inhibición de emociones positivas	15,527***	,046
Atribución de emociones positivas	44,619***	,120
Claridad emocional	23,085***	,069
Reparación emocional	38,931***	,110
Frecuencia en el consumo de cerveza	3,736**	,043
Frecuencia en el consumo de vino	4,671**	,041
Hora de acostarse en el fin de semana	2,106*	,049
Cansancio matinal	4,626**	,040
Salud percibida	6,350**	,037

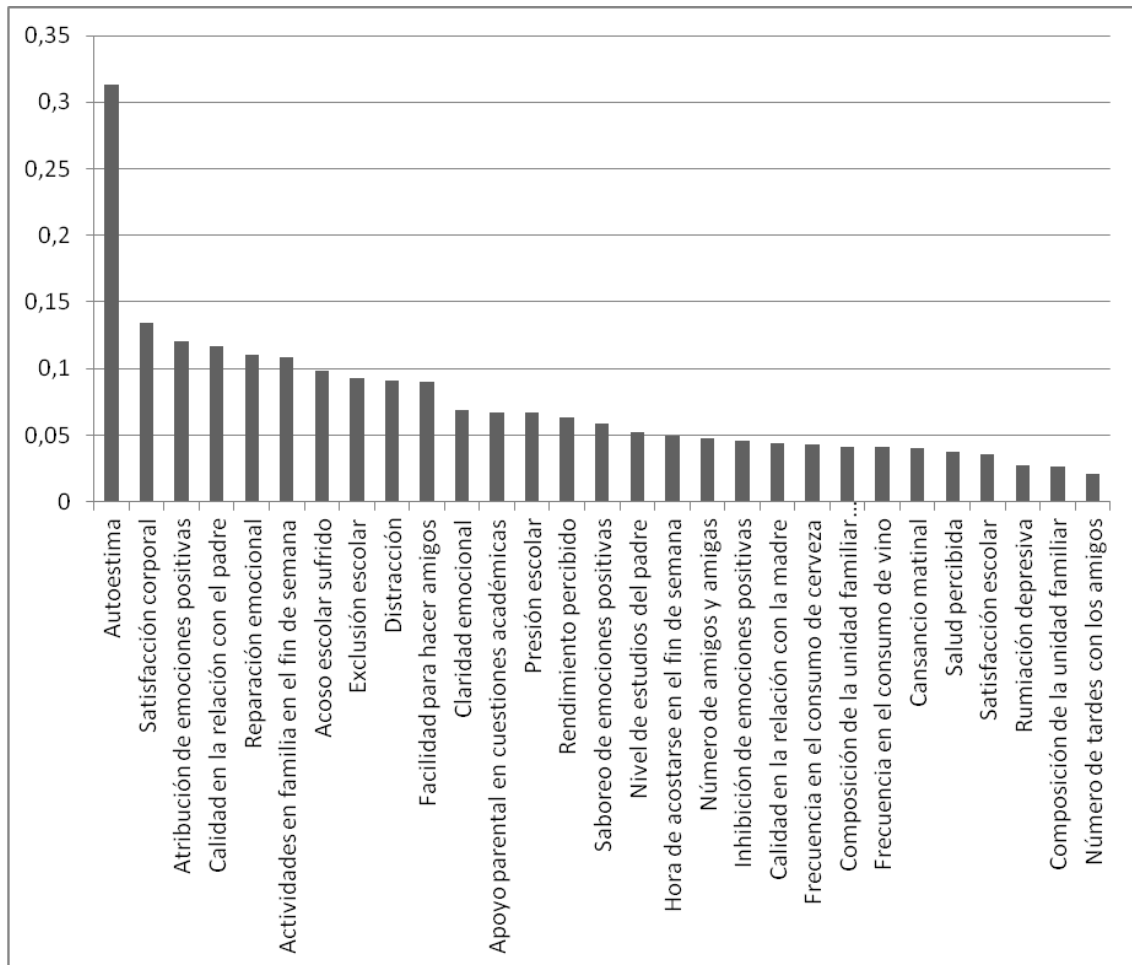


Figura 103: Representación del valor de η^2 parcial de las variables que, actuando como factores intersujetos o como covariables, presentan efecto significativo en la variable de medidas repetidas satisfacción vital, en chicos.

Tabla 135: Resumen de las variables que, actuando como factores intersujetos o como covariables, presentan efecto significativo en la variable de medidas repetidas de satisfacción vital, en chicas.

Lista de variables significativas	Valor de F y significación	Eta² parcial
Nivel de estudios del padre	2,182*	,037
Profesión de la madre	2,559*	,038
Creencias religiosas	4,397**	,037
Calidad en la relación con el padre	66,038***	,163
Calidad en la relación con la madre	90,099***	,207
Actividades en familia en el fin de semana	8,598***	,131
Apoyo parental en cuestiones académicas	9,492***	,098
Composición de la unidad familiar	3,059*	,026
Satisfacción escolar	8,799***	,070
Rendimiento percibido	10,653***	,084
Presión escolar	5,255**	,043
Expectativas académicas	2,767*	,023
Exclusión escolar	9,633***	,076
Acoso escolar sufrido	9,880***	,078
Acoso escolar ejercido	9,596***	,076
Facilidad para hacer amigos	4,048**	,045
Número de amigos y amigas	2,202*	,037
Resistencia a la presión grupal	4,700**	,039
Autoestima	175,914***	,342
Satisfacción corporal	14,317***	,142
Distracción	51,212***	,130
Saboreo de emociones positivas	21,960***	,061
Inhibición de emociones positivas	20,014***	,056
Atribución de emociones positivas	43,309***	,111
Claridad emocional	24,907***	,067
Reparación emocional	42,779***	,110
Práctica de deporte	2,925*	,033
Práctica de actividad física	3,239**	,045
Frecuencia en el consumo de cerveza	5,873**	,033
Frecuencia en el consumo de vino	7,669***	,063
Frecuencia en el consumo de licores	9,186***	,074
Frecuencia de embriaguez	4,741**	,052
Frecuencia de consumo de tabaco	8,966***	,072
Frecuencia en el consumo de drogas	9,944***	,055
Hora de acostarse entre semana	4,031***	,086
Hora de acostarse en el fin de semana	2,961**	,064
Hora de levantarse en el fin de semana	3,152**	,052
Horas de sueño entre semana	17,526***	,048
Cansancio matinal	5,834**	,048
Salud percibida	11,389***	,062

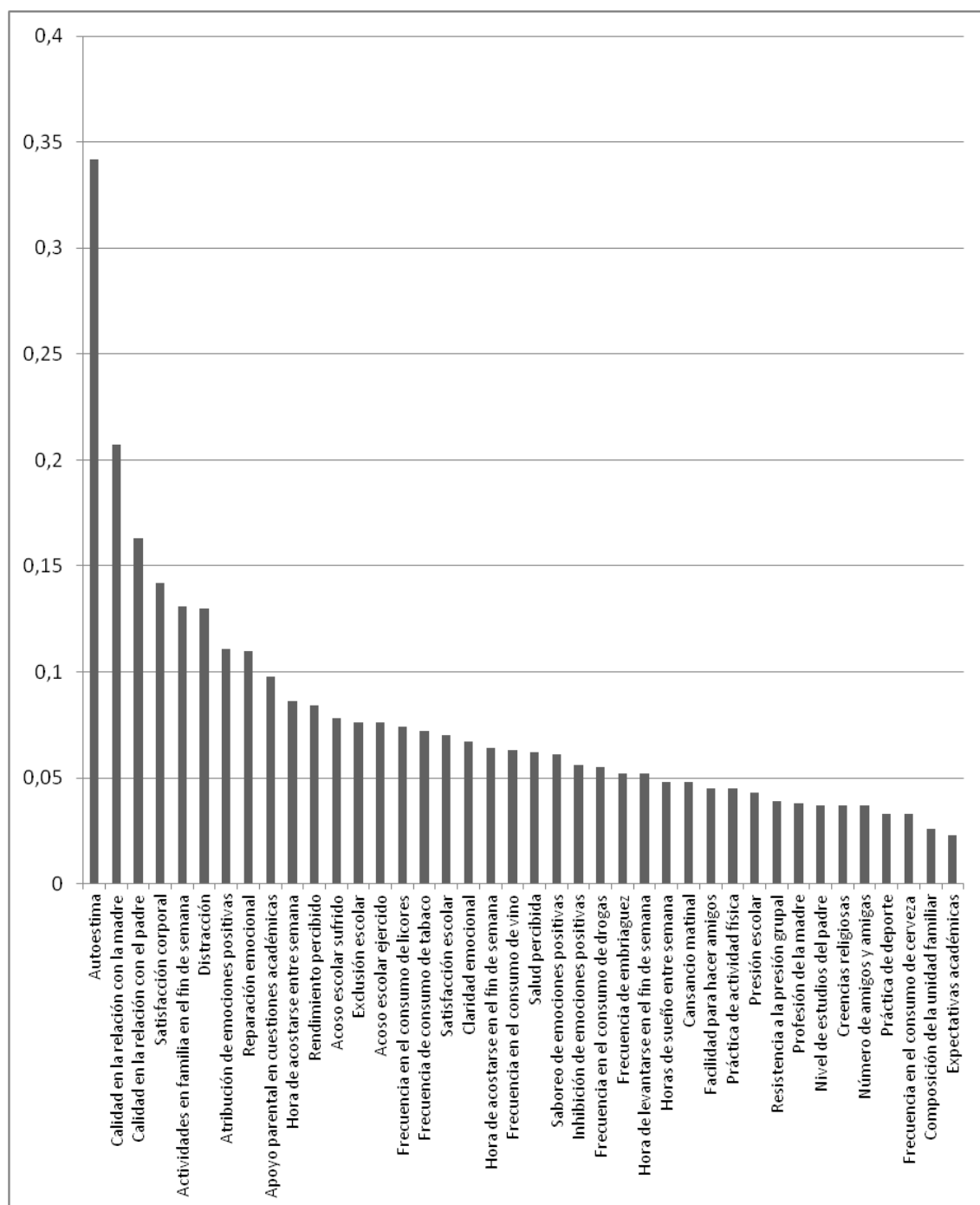


Figura 104: Representación del valor de η^2 parcial de las variables que, actuando como factores intersujetos o como covariables, presentan efecto significativo en la variable de medidas repetidas satisfacción vital, en chicas.

3.2.4. Resumen de los análisis de varianza con los síntomas depresivos como variable de medidas repetidas

A continuación, presentamos los resultados encontrados en las variables con efecto significativo sobre los síntomas depresivos en los chicos y en las chicas adolescentes (ver tablas 136-138).

La única variable de carácter sociocultural que ha presentado efecto significativo es el nivel de estudios del padre. En las chicas, los resultados indican que aquéllas cuyos padres tienen una menor formación presentan más síntomas depresivos por término medio.

Al igual que ocurría respecto a la satisfacción vital, las siguientes cuatro variables relativas a la convivencia familiar presentan también efecto significativo en el nivel de síntomas depresivos: calidad en la relación con la madre, calidad en la relación con el padre, apoyo de los progenitores en las cuestiones académicas y frecuencia de actividades en el fin de semana. Los chicos y chicas con una mejor relación con el padre y con la madre, aquéllos y aquéllas que pueden contar con más apoyo de sus progenitores en las cuestiones académicas y que realizan más actividades con ellos los fines de semana, son los que presentan menos síntomas depresivos. Tenemos que señalar además que, mientras que la calidad en la relación con la madre y las actividades en familia en el fin de semana tienen especial importancia en la sintomatología de las chicas, la calidad en la relación con el padre y el apoyo de los padres en las cuestiones académicas la tienen en la de los chicos.

En el ámbito escolar, los chicos y chicas que se sienten más satisfechos con la escuela, que perciben su rendimiento como muy bueno o que no sienten presión escolar son los que presentan menos síntomas depresivos. Además, los chicos y chicas que sufren más exclusión escolar y más acoso son los que tienen una media superior en sintomatología. Estas dos variables tienen un efecto especialmente relevante en la sintomatología de los chicos. Por otra parte, las chicas que ejercen acoso escolar son las que presentan más síntomas depresivos.

Entre los resultados encontrados con las variables que abordan la relación con los iguales, nos encontramos que la facilidad para hacer amigos es una variable relevante para la sintomatología depresiva tanto de los chicos como de las chicas, aunque muy especialmente en el caso de los chicos. Los análisis muestran que aquellos chicos y chicas con más dificultad para hacer amigos son los que presentan más síntomas depresivos.

En los chicos tenemos que destacar que tener un mayor número de buenos amigos y pasar un mayor número de tardes con los amigos a la semana se asocian con una menor presencia de síntomas depresivos. En las chicas, la resistencia a la presión grupal tiene efecto significativo sobre los síntomas: aquéllas con una menor resistencia presentan niveles más elevados de síntomas depresivos.

En los chicos, la práctica de deporte extraescolar tiene efecto en los niveles de síntomas depresivos, de manera que aquéllos que practican deporte con más frecuencia presentan un media inferior en esta sintomatología.

Los hábitos de sueño también resultan de relevancia, en especial en el fin de semana. Los chicos y las chicas que menos duermen en el fin de semana son los que presentan más síntomas depresivos. Los chicos que se acuestan más tarde en el fin de semana y las chicas que se levantan más tarde en el fin de semana son los que presentan más síntomas. Además, las chicas que presentan un mayor cansancio matinal también presentan más síntomas depresivos.

El consumo de sustancias, como ocurriera al estudiar la satisfacción vital, también presenta especial importancia en la sintomatología depresiva de las chicas. Las chicas con un mayor consumo de vino, un mayor consumo de licores, una mayor frecuencia de embriaguez, un mayor consumo de alcohol en el botellón, y un mayor consumo de cannabis, son las que presentan más síntomas depresivos.

Además, tanto en chicas como en chicos, los resultados señalan que aquéllos que más frecuentemente consumen cerveza son los que tienen medias más altas en síntomas depresivos.

La autoestima y la satisfacción corporal, entre las variables estudiadas, son las dos variables psicológicas con mayor efecto en la sintomatología depresiva tanto en los chicos como en las chicas. Una mayor autoestima y una mayor satisfacción corporal se asocian a una menor presencia de síntomas depresivos y viceversa. Merece especial atención el hecho de que en las chicas la autoestima presenta un efecto aún mayor que en los chicos.

Ante las emociones negativas, las respuestas de rumiación y de distracción tienen efecto significativo tanto en chicos como en chicas, aunque de mayor relevancia en estas últimas. Los chicos y las chicas que rumian más las emociones negativas y se distraen menos de ellas son los que presentan más síntomas depresivos.

Ante las emociones positivas, los chicos y las chicas que saborean más estas emociones y que se las atribuyen más a sí mismos son los que presentan menos síntomas depresivos. Por otro lado, los chicos y las chicas que inhiben más sus emociones positivas son los que presentan más síntomas depresivos. La inhibición de emociones positivas tiene un efecto de especial relevancia en las chicas.

Las habilidades en la regulación emocional que integran el constructo de inteligencia emocional también presentan efectos significativos en los síntomas depresivos. Tanto en los chicos como en las chicas, una percepción más clara de las emociones y una mayor capacidad de reparación emocional se asocian a una menor sintomatología depresiva. En las chicas, además, prestar mucha atención a las emociones se asocia a una mayor sintomatología depresiva.

En el terreno de la salud percibida, los chicos y las chicas que se sienten muy sanos son los que presentan menos síntomas depresivos. Por otro lado, un mayor IMC en los chicos se asocia a una mayor presencia de estos síntomas.

Finalmente, en las figuras 105 y 106 podemos ver el diferente valor explicativo de todos los factores que mostraron efecto significativo, en los chicos y en las chicas respectivamente.

En la figura 105 podemos observar que hasta 9 factores explican más del 10% de la varianza de los síntomas depresivos en los chicos. En orden de mayor a menor poder explicativo, son: la autoestima, la satisfacción corporal, la facilidad para hacer amigos, la exclusión escolar, el número de amigos, el acoso escolar sufrido, la autoatribución de emociones positivas, la calidad en la relación con el padre y la habilidad de reparación emocional.

Por otra parte, en la figura 106 podemos observar qué otros 9 factores explican más allá del 10% de la varianza de las puntuaciones en sintomatología depresiva en lo que se refiere a las chicas. Estos factores, ordenados de mayor a menor poder explicativo, son: la autoestima, la satisfacción corporal, la inhibición de emociones positivas, la calidad en la relación con la madre, la autoatribución de emociones positivas, las actividades en familia en el fin de semana, la exclusión escolar, la habilidad de reparación emocional y la facilidad para hacer amigos.

Tabla 136: Resumen de las variables que, actuando como factores intersujetos o como covariables, presentan efecto significativo en la variable de medidas repetidas síntomas depresivos.

Lista de variables significativas	Valor de F y significación	Eta² parcial
Nivel de estudios del padre	2,230*	,024
Profesión de la madre	2,255*	,019
Actividades en familia en el fin de semana	9,633***	,082
Apoyo parental en cuestiones académicas	9,259***	,054
Calidad en la relación con el padre	84,121***	,118
Calidad en la relación con la madre	60,446***	,086
Satisfacción escolar	7,739***	,034
Rendimiento percibido	12,128***	,053
Presión escolar	17,873***	,076
Exclusión escolar	32,976***	,131
Acoso escolar sufrido	23,577***	,098
Facilidad para hacer amigos	27,082***	,143
Número de amigos y amigas	5,955***	,053
Número de tardes con los amigos	11,706**	,018
Autoestima	486,471***	,433
Satisfacción corporal	52,273***	,244
Rumiación depresiva	45,223***	,067
Distracción	44,526***	,066
Saboreo de emociones positivas	44,936***	,066
Inhibición de emociones positivas	77,316***	,109
Atribución de emociones positivas	105,104***	,141
Atención emocional	9,797**	,015
Claridad emocional	36,166***	,054
Reparación emocional	86,270***	,120
Práctica de deporte	6,224***	,037
Práctica de actividad física	3,781**	,028
Frecuencia en el consumo de vino	3,180*	,019
Frecuencia de embriaguez	2,654*	,016
Frecuencia en el consumo de drogas	6,257**	,019
Hora de acostarse en el fin de semana	2,742**	,033
Cansancio matinal	5,215**	,023
Horas de sueño en el fin de semana	5,769*	,009
IMC	7,105**	,012
Salud percibida	17,835***	,052

Tabla 137: Resumen de las variables que, actuando como factores intersujetos o como covariables, presentan efecto significativo en la variable de medidas repetidas síntomas depresivos, en chicos.

Lista de variables significativas	Valor de F y significación	Eta ² parcial
Actividades en familia en el fin de semana	2,650*	,050
Apoyo parental en cuestiones académicas	7,898***	,094
Calidad en la relación con el padre	46,889***	,138
Calidad en la relación con la madre	6,870**	,023
Satisfacción escolar	5,742**	,054
Rendimiento percibido	9,642***	,087
Presión escolar	9,617**	,087
Exclusión escolar	23,344***	,187
Acoso escolar sufrido	18,429***	,154
Facilidad para hacer amigos	21,831***	,225
Número de amigos y amigas	10,881***	,184
Número de tardes con los amigos	8,434**	,027
Autoestima	178,925***	,374
Satisfacción corporal	30,671***	,289
Rumiación depresiva	12,699***	,042
Distracción	10,725**	,035
Saboreo de emociones positivas	21,603***	,068
Inhibición de emociones positivas	22,562***	,071
Atribución de emociones positivas	49,873***	,144
Claridad emocional	18,004***	,059
Reparación emocional	35,636***	,110
Práctica de deporte	3,049*	,039
Frecuencia en el consumo de cerveza	3,471**	,044
Hora de acostarse en el fin de semana	2,385*	,060
Horas de sueño en el fin de semana	4,586*	,014
IMC	11,077**	,038
Salud percibida	7,986***	,050

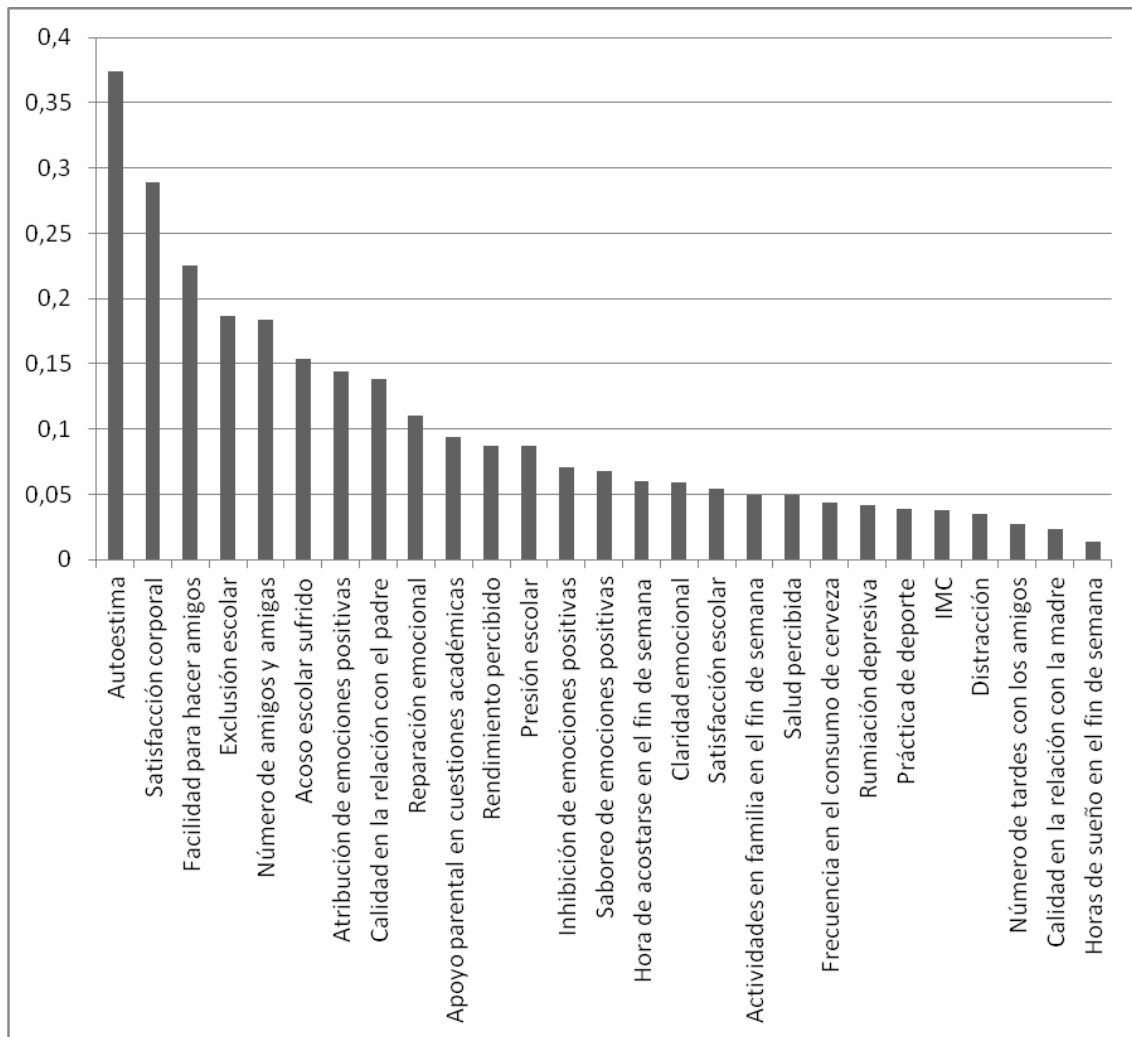


Figura 105: Representación del valor de η^2 parcial de las variables que, actuando como factores intersujetos o como covariables, presentan efecto significativo en la variable de medidas repetidas síntomas depresivos, en chicos.

Tabla 138: Resumen de las variables que, actuando como factores intersujetos o como covariables, presentan efecto significativo en la variable de medidas repetidas síntomas depresivos, en chicas.

Lista de variables significativas	Valor de F y significación	Eta² parcial
Nivel de estudios del padre	2,346*	,040
Actividades en familia en el fin de semana	8,057***	,125
Apoyo parental en cuestiones académicas	3,627**	,040
Calidad en la relación con el padre	36,260***	,098
Calidad en la relación con la madre	59,814***	,149
Satisfacción escolar	4,401**	,037
Rendimiento percibido	5,477**	,045
Presión escolar	10,164***	,081
Exclusión escolar	15,127***	,116
Acoso escolar sufrido	9,485***	,076
Acoso escolar ejercido	4,713**	,039
Facilidad para hacer amigos	10,070***	,105
Resistencia a la presión grupal	3,405*	,029
Autoestima	304,356***	,475
Satisfacción corporal	22,777***	,210
Rumiación depresiva	29,956***	,081
Distracción	29,916***	,081
Saboreo de emociones positivas	25,615***	,070
Inhibición de emociones positivas	71,414***	,176
Atribución de emociones positivas	48,839***	,125
Atención emocional	9,284**	,026
Claridad emocional	18,378***	,051
Reparación emocional	43,449***	,112
Frecuencia en el consumo de cerveza	4,741**	,027
Frecuencia en el consumo de vino	3,037*	,026
Frecuencia en el consumo de licores	3,065*	,026
Frecuencia de embriaguez	5,922***	,064
Consumo de alcohol en el botellón	3,957**	,044
Frecuencia en el consumo de drogas	8,693***	,048
Hora de levantarse en el fin de semana	2,849*	,048
Cansancio matinal	6,909***	,057
Horas de sueño en el fin de semana	4,663*	,013
Salud percibida	10,354***	,057

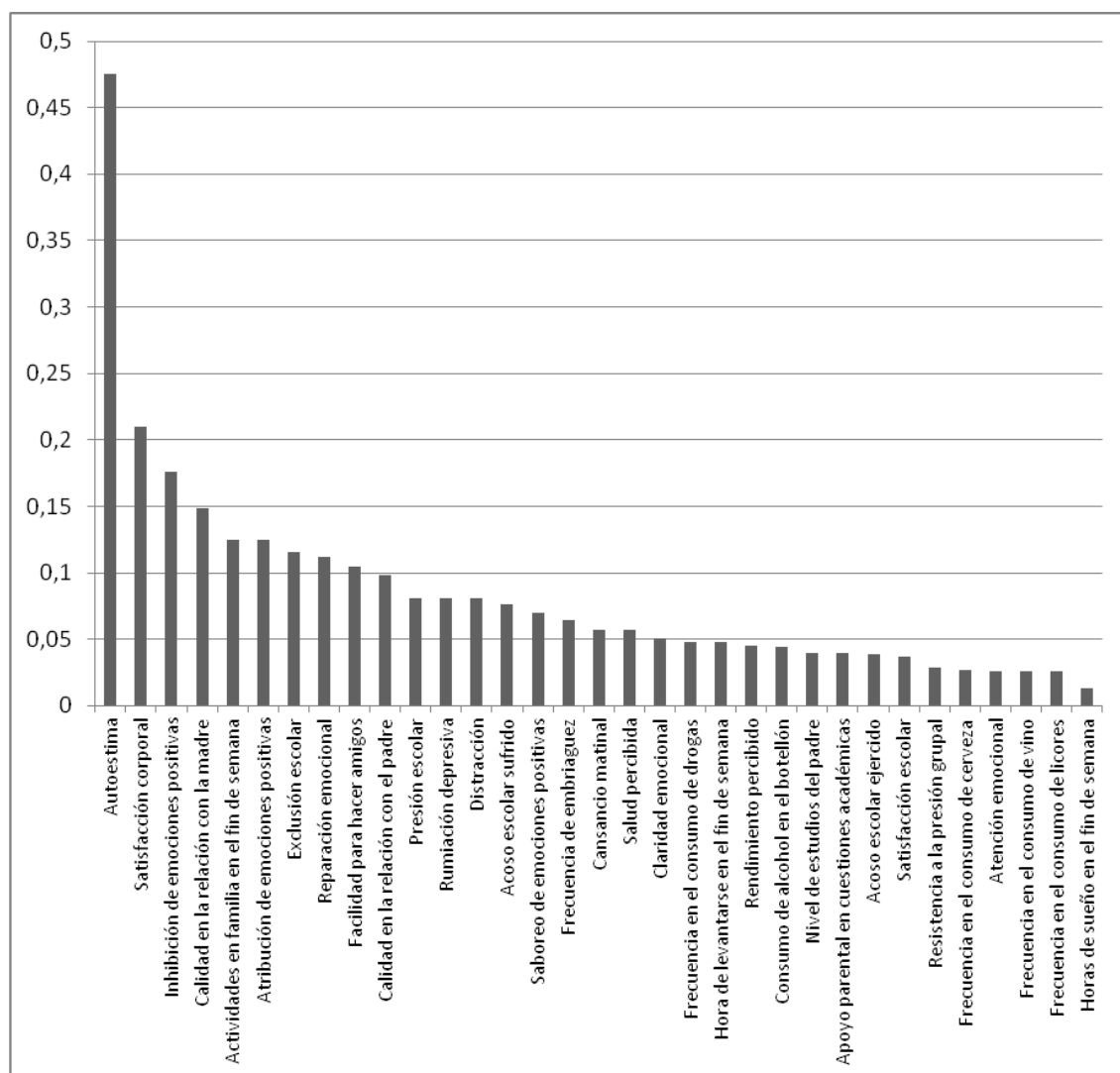


Figura 106: Representación del valor de η^2 parcial de las variables que, actuando como factores intersujetos o como covariables, presentan efecto significativo en la variable de medidas repetidas síntomas depresivos, en chicas.

3.3. Modelos de ecuaciones estructurales

3.3.1. Modelos explicativos de la satisfacción vital

En primer lugar, mostramos los resultados del análisis factorial confirmatorio de la escala de satisfacción vital en cada una de las oleadas, tanto en las chicas como en los chicos. En cada oleada, se ha constituido una dimensión o variable latente denominada satisfacción vital (SV) teniendo como indicadores cada uno de los respectivos 5 ítems de la escala empleada (ítem 1: "En la mayoría de los aspectos mi vida es como quiero que sea"; ítem 2: "Hasta ahora he conseguido de la vida las cosas que considero importantes"; ítem 3: "Estoy satisfecho/a con mi vida"; ítem 4: "Si pudiera vivir mi vida otra vez, la repetiría tal y como ha sido"; e ítem 5: "Las circunstancias de mi vida son buenas"). Comenzaremos mostrando los resultados en la submuestra de chicos.

En la figura 107, podemos observar el modelo de la satisfacción vital en la oleada 1 (SV1) en los chicos. El modelo nos muestra que cada uno de los ítems presenta una relación positiva con el constructo de SV1 que conforman. Cuando se analizan los residuos estandarizados, observamos que todos los valores son muy reducidos, por debajo de 0,05. Por otro lado, cuando analizamos las ecuaciones de medida de cada uno de los ítems, los resultados son todos ellos significativos. Podemos destacar la mayor saturación del ítem 3, frente al menor valor hallado por el ítem 2, lo que evidencia una relación diferencial con la variable latente SV1. La R^2 explicada del ítem 3 asciende a 0,74, frente a 0,39 que presenta el ítem 2. Esto quiere decir que el 74% de la varianza del ítem 3 es explicada por la dimensión, frente al 39% de la varianza del ítem 2. En cuanto al ajuste global del modelo, se ha encontrado que el cociente entre el valor de χ^2 y los grados de libertad ($11,60/4 = 2,9$) es inferior a 3, y que los valores del índice de ajuste comparativo o CFI (0,989), del indicador de raíz del residuo cuadrático promedio de aproximación o RMSEA (0,074) y del intervalo de confianza del 90% de RMSEA (0,026, 0,079) son adecuados. Estos datos nos señalan que el modelo ajusta bien a los datos.

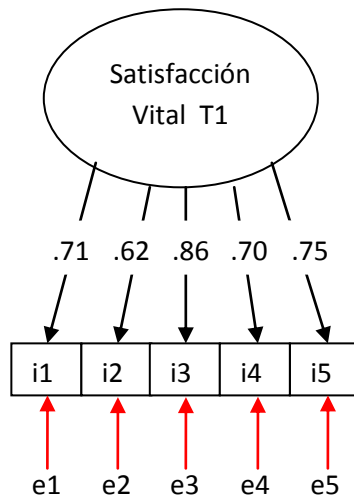


Figura 107: Análisis factorial confirmatorio de la satisfacción vital en la oleada 1 en los chicos.

En la figura 108, podemos observar el modelo de la satisfacción vital en la oleada 2 (SV2) en los chicos. Los resultados muestran que todos los indicadores mantienen una relación positiva con la variable latente de SV2. Cuando se analizan los residuos estandarizados, observamos que ninguno de ellos presenta un valor superior a 0,05, presentando todos valores muy reducidos. Cuando analizamos las ecuaciones de medida de cada uno de los ítems, los resultados son todos significativos. Destacamos el mayor valor de la pendiente alcanzado nuevamente por el ítem 3, frente al menor valor hallado por el ítem 4. La R^2 explicada del ítem 3 asciende a 0,77, frente a 0,43 que presenta el ítem 4. De esta manera parece que, tras el análisis factorial confirmatorio de la escala en los chicos, el ítem 3 es el mejor indicador de satisfacción vital. Finalmente, señalamos que el ajuste global del modelo es bueno, puesto que se ha encontrado que el cociente entre el valor de χ^2 y los grados de libertad ($8,61/4 = 2,15$) es inferior a 3, y que CFI (0,995), RMSEA (0,058) y el intervalo de confianza del 90% de RMSEA (0,000, 0,112) presentan valores adecuados.

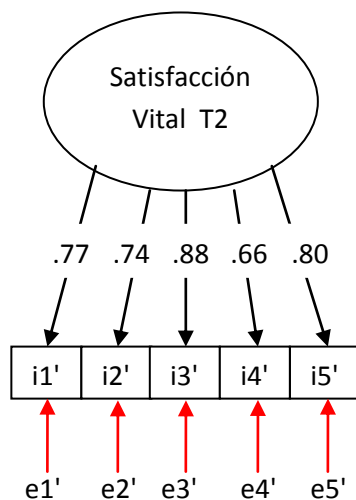


Figura 108: Análisis factorial confirmatorio de la satisfacción vital en la oleada 2 en los chicos.

El primer modelo explicativo que presentamos en los chicos supone la relación causal entre la satisfacción vital en la oleada 1 (SV1) y la satisfacción vital en la oleada 2 (SV2). Cada una de estas dimensiones está compuesta de nuevo por sus respectivos 5 ítems (ver figura 109). Los análisis factoriales confirmatorios efectuados anteriormente dieron cuenta de las propiedades de cada una de las dimensiones que integran este nuevo modelo. Podemos observar que la relación entre ambas variables latentes (SV1 y SV2) es positiva (presentando un valor de 0,45). Cuando analizamos los residuos estandarizados observamos que todos ellos presentan valores muy reducidos.

La división del valor de χ^2 (62,15) entre los grados de libertad (32) es muy inferior a 3 (1,94), por lo que atendiendo a este resultado el modelo ajusta bien a los datos. Entre los estadísticos de ajuste comparativo, CFI presenta un valor de 0,98, superior a 0,95. Otros indicadores de la bondad de ajuste como GFI también se encuentran por encima de 0,95 (con un valor de 0,97), el indicador de RMSEA se encuentra por debajo de 0,08, con un valor de 0,05. El intervalo de confianza de RMSEA se encuentra entre 0,033 y 0,072. Atendiendo a estos índices de ajuste, el

modelo propuesto de la relación causal de la satisfacción vital en la oleada 1 con la satisfacción vital en la oleada 2, se ajusta a los datos.

La ecuación explicativa de la dimensión satisfacción vital en la oleada 2 es: $SV2 = 0,45 \cdot SV1 + 0,89D2$, donde SV1 es la satisfacción vital en la oleada 1, 0,45 es la pendiente de la recta de regresión y 0,89 es el error. La R^2 tiene un valor de 0,202 ó, lo que es lo mismo, el porcentaje de la varianza explicada de la satisfacción vital en la oleada 2 es del 20,2%.

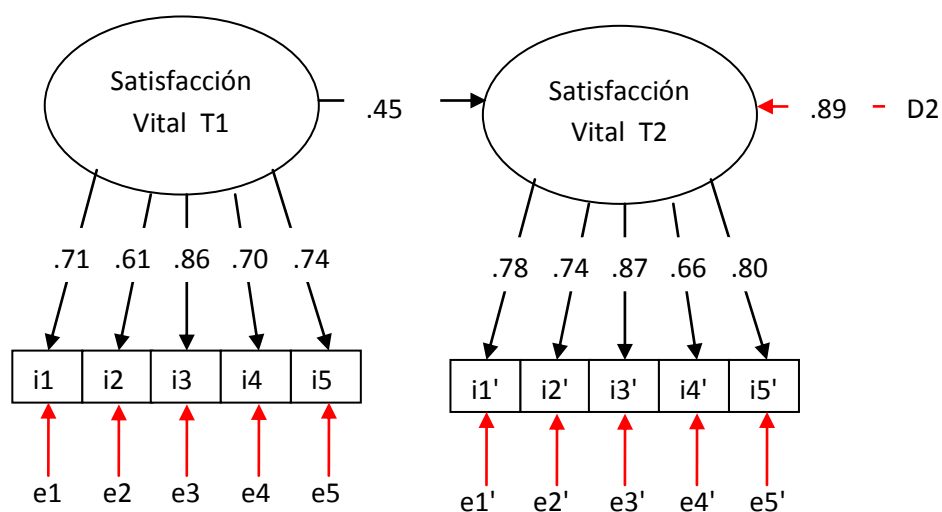


Figura 109: Modelo de ecuaciones estructurales de la relación entre la satisfacción vital en la oleada 1 (SV1) y en la oleada 2 (SV2) en los chicos.

Mostraremos a continuación los resultados de los análisis factoriales confirmatorios de las escalas de satisfacción vital en cada una de las oleadas, así como el primer modelo de relación entre ambas evaluaciones, en la muestra de chicas.

En la figura 110, mostramos el modelo de la satisfacción vital en la oleada 1 (SV1) en las chicas. El modelo nos indica que cada uno de los ítems presenta una relación positiva con la dimensión de SV1. Todos los residuos estandarizados son muy reducidos. Cuando analizamos las ecuaciones de medida de cada uno de los ítems, los resultados son todos ellos significativos. Además, destacamos el mayor valor de la pendiente alcanzado por el ítem 3, frente al menor valor hallado por el ítem 2. La R^2 explicada del ítem 3 asciende a 0,74, frente a 0,42 que presenta el ítem 2. En cuanto al

ajuste global del modelo, se ha encontrado que el cociente entre el valor de χ^2 y los grados de libertad ($11,49/4 = 2,87$) es inferior a 3, y que los valores de CFI (0,990), RMSEA (0,072) y del intervalo de confianza del 90% de RMSEA (0,025, 0,123) son adecuados. Estos datos nos señalan que el modelo ajusta bien a los datos.

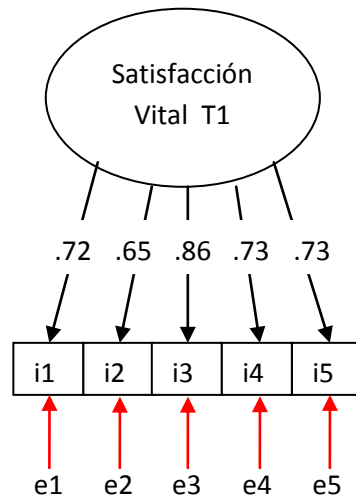


Figura 110: Análisis factorial confirmatorio de la satisfacción vital en la oleada 1 en las chicas.

En la figura 111, podemos observar el modelo de la satisfacción vital en la oleada 2 (SV2) en las chicas. Como podemos observar, de nuevo todos los indicadores mantienen una relación positiva con la variable latente de SV2. Por otro lado, cuando se analizan los residuos estandarizados, observamos que ninguno de ellos presenta un valor superior a 0,03, presentando todos valores muy reducidos. Además, si analizamos las ecuaciones de medida de cada uno de los ítems, los resultados son siempre significativos. El ítem 3 es el que presenta una mayor saturación, mientras que el ítem 4 es el que muestra una menor relación con la variable latente. La R^2 explicada del ítem 3 asciende a 0,76, frente a 0,49 que presenta el ítem 4. Así, el ítem 3 es el mejor indicador de satisfacción vital en ambas oleadas en la muestra de chicas (en la misma línea que los resultados en la muestra de chicos). Finalmente, señalamos que el ajuste global del modelo es bueno, puesto que se ha encontrado que el cociente entre el valor de χ^2 y los grados de libertad ($4,99/4 = 1,25$) es inferior a 3, y que CFI (0,99),

RMSEA (0,026) y el intervalo de confianza del 90% de RMSEA (0,000, 0,088) presentan valores adecuados.

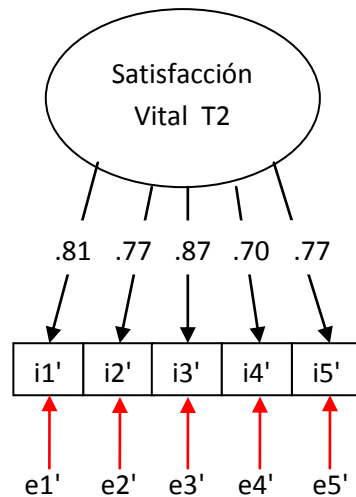


Figura 111: Análisis factorial confirmatorio de la satisfacción vital en la oleada 2 en las chicas.

El primer modelo explicativo que mostramos en las chicas viene a proponer la relación causal entre la satisfacción vital en la oleada 1 (SV1) y la satisfacción vital en la oleada 2 (SV2) (ver figura 112). Cada una de estas dimensiones está compuesta de nuevo por sus respectivos 5 ítems. Los análisis factoriales confirmatorios efectuados anteriormente dieron cuenta de las propiedades de cada una de las dimensiones que integran este nuevo modelo. Los resultados muestran que la relación entre ambas variables latentes (SV1 y SV2) es positiva (presentando un valor de 0,53). Cuando analizamos los residuos estandarizados observamos que todos ellos presentan valores muy reducidos.

La división del valor de χ^2 (79,02) entre los grados de libertad (32) es inferior a 3 (2,47). Entre los estadísticos de ajuste comparativo, CFI presenta un valor de 0,97 (superior a 0,95). Otros indicadores de la bondad de ajuste como GFI también se encuentran por encima de 0,95 (con un valor de 0,96) y RMSEA se encuentra por debajo de 0,08, con un valor de 0,06. El intervalo de confianza de RMSEA se encuentra

entre 0,047 y 0,082. Atendiendo a todos estos índices de ajuste, el modelo propuesto de la relación causal de la satisfacción vital en la oleada 1 con la satisfacción vital en la oleada 2, en la muestra de chicas, se ajusta a los datos.

La ecuación explicativa de la dimensión de satisfacción vital en la oleada 2 es: $SV2 = 0,53 \cdot SV1 + 0,85D2$, donde SV1 es la satisfacción vital en la oleada 1, 0,53 es la pendiente de la relación entre ambas variables y 0,85 es el error. La R^2 tiene un valor de 0,284, por lo que el porcentaje de la varianza explicada de la satisfacción vital en la oleada 2 es del 28,4%.

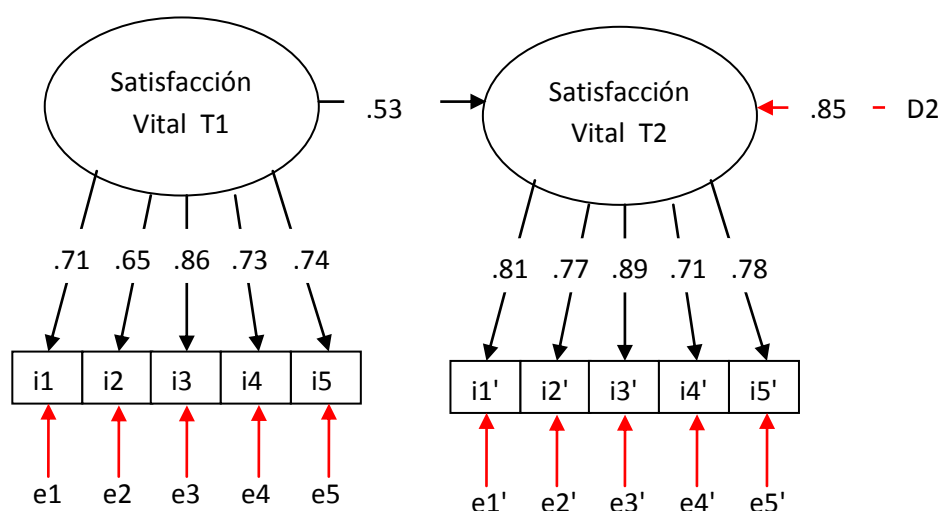


Figura 112: Modelo de ecuaciones estructurales de la relación entre la satisfacción vital en la oleada 1 (SV1) y en la oleada 2 (SV2) en las chicas.

Los modelos mostrados hasta el momento nos señalan que la SV1 resulta aún más explicativa de la SV2 en las chicas que en los chicos (28,4% de la varianza explicada frente al 20,2%).

Partiendo de los elementos teóricos presentados en la revisión bibliográfica y tras los resultados preliminares de los análisis de varianza, se han puesto a prueba una serie de modelos de ecuaciones estructurales. En los siguientes apartados, mostraremos

los resultados, en las chicas y en los chicos, de los diferentes modelos que han mostrado resultados particularmente relevantes.

Estos modelos parten de la estructura inicial de la relación entre la SV1 y la SV2 e introducen una nueva dimensión explicativa de la SV2. Esta nueva dimensión estará constituida por indicadores evaluados en la oleada 1 y va a presentar en cada uno de los modelos una relación bidireccional con la SV1 y unidireccional con la SV2.

3.3.2. Modelos explicativos de la satisfacción vital a partir de la calidad de la relación con la madre y con el padre

En este apartado analizamos en qué medida la calidad de la relación con el padre y con la madre predicen la satisfacción vital en la oleada 2 (SV2). Realizaremos de nuevo los análisis por sexos, para analizar las posibles diferencias explicativas. Comenzaremos mostrando los resultados en la muestra de chicos, analizando en primer lugar el poder predictivo de la calidad en la relación con la madre y, en segundo lugar, el poder predictivo de la calidad en la relación con el padre.

En la figura 113 mostramos el modelo del análisis factorial confirmatorio de la escala de calidad de la relación con la madre en la oleada 1 en la muestra de chicos. Los indicadores observables son cada uno de los ítems de la escala empleada para evaluar esta dimensión (ítem 1: "Me siento bien cuando estoy con mi madre"; ítem 2: "Me es fácil hablar con mi madre"; ítem 3: "Mi madre me anima y apoya en las cosas que hago"; ítem 4: "Mi madre me demuestra que me quiere (me lo dice, me abraza, hace cosas para agradarme)"; e ítem 5: "Mi madre se preocupa por mí cuando tengo problemas"). Como podemos observar todos los indicadores mantienen una relación positiva con la dimensión, destacando la saturación especialmente elevada del ítem 5, que presenta una R^2 de 0,77. Esto quiere decir que el 77% de la varianza de este indicador es explicado por la dimensión. El indicador 2 es el que presenta una menor saturación, presentando una R^2 de 0,41. Las ecuaciones de medida de cada uno de los indicadores son significativas. Por otro lado, se ha encontrado que los residuos estandarizados son muy reducidos, todos por debajo de 0,02. En cuanto al ajuste global del modelo, tenemos que indicar que, tras obtener un mal ajuste, los tests

multiplicativos de Lagrange sugirieron la relación entre los errores del ítem 1 y del ítem 2 para alcanzar un mejor ajuste. Esta relación tuvo un valor de 0,23. Finalmente, señalamos que el ajuste global es bueno, puesto que el cociente entre el valor de Chi2 y los grados de libertad ($4,29/3 = 1,43$) es inferior a 3, y que CFI (0,99), RMSEA (0,035) y el intervalo de confianza del 90% de RMSEA (0,000, 0,104) presentan valores adecuados.

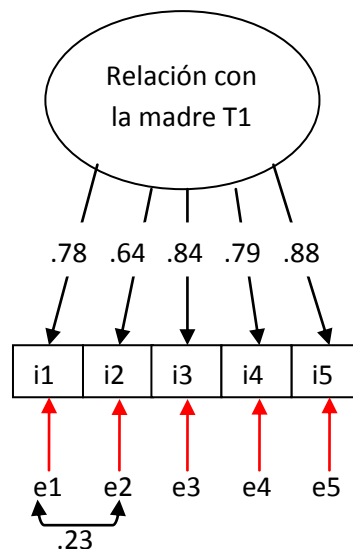


Figura 113: Análisis factorial confirmatorio de la calidad en la relación con la madre en la oleada 1 en los chicos.

Dada la validez factorial de la escala de calidad en la relación con la madre, procedemos a continuación a mostrar los resultados del modelo de ecuaciones estructurales construido. En este modelo explicativo se propone una relación causal entre la satisfacción vital en la oleada 1 (SV1) y la satisfacción vital en la oleada 2 (SV2), por un lado, y una relación causal entre la calidad en la relación con la madre en la oleada 1 y la SV2, por otro lado (ver figura 114). Además, la SV1 y la calidad en la relación con la madre presentan una relación bidireccional. La dimensión de calidad en la relación con la madre está compuesta de nuevo por sus respectivos 5 ítems, que son los indicadores analizados en el análisis factorial confirmatorio previo. Los resultados muestran que la relación de la SV1 con la SV2 es positiva (presentando un valor de 0,41), así como la que mantiene la calidad de la relación con la madre con la SV2 (con

un valor de 0,16). Además, la SV1 y la calidad de la relación con la madre mantienen una relación bidireccional positiva (0,21). Por otra parte, cuando analizamos los residuos estandarizados, observamos que todos ellos presentan valores muy reducidos. Además, todas las ecuaciones de medida resultan significativas.

La división del valor de χ^2 (120,45) entre los grados de libertad (83) es muy inferior a 3 (1,45). Entre los estadísticos de ajuste comparativo, CFI presenta un valor de 0,985 (superior a 0,95). Otros indicadores de la bondad de ajuste como GFI también se encuentran por encima de 0,95 (con un valor de 0,953), RMSEA se encuentra por debajo de 0,08, con un valor de 0,037. El intervalo de confianza de RMSEA se encuentra entre 0,021 y 0,051. Atendiendo a todos estos índices de ajuste, el modelo propuesto de la relación causal de la SV1 y de la calidad de la relación con la madre con la SV2, en la muestra de chicos, se ajusta a los datos.

La ecuación explicativa de la dimensión de satisfacción vital en la oleada 2 es: $SV2 = 0,413 \cdot SV1 + 0,163 \cdot \text{Calidad en la relación con la madre} + 0,88D2$, donde 0,163 es la β de la relación entre la calidad de la relación con la madre y la SV2 y 0,88 es el error. La R^2 del modelo tiene un valor de 0,226, por lo que el porcentaje de la varianza explicada de la satisfacción vital en la oleada 2, en base a la SV1 y a la calidad en la relación con la madre, es del 22,6%. Este porcentaje supone que la nueva dimensión incorporada aporta un 2,4% de varianza explicada más que el modelo inicial SV1->SV2.

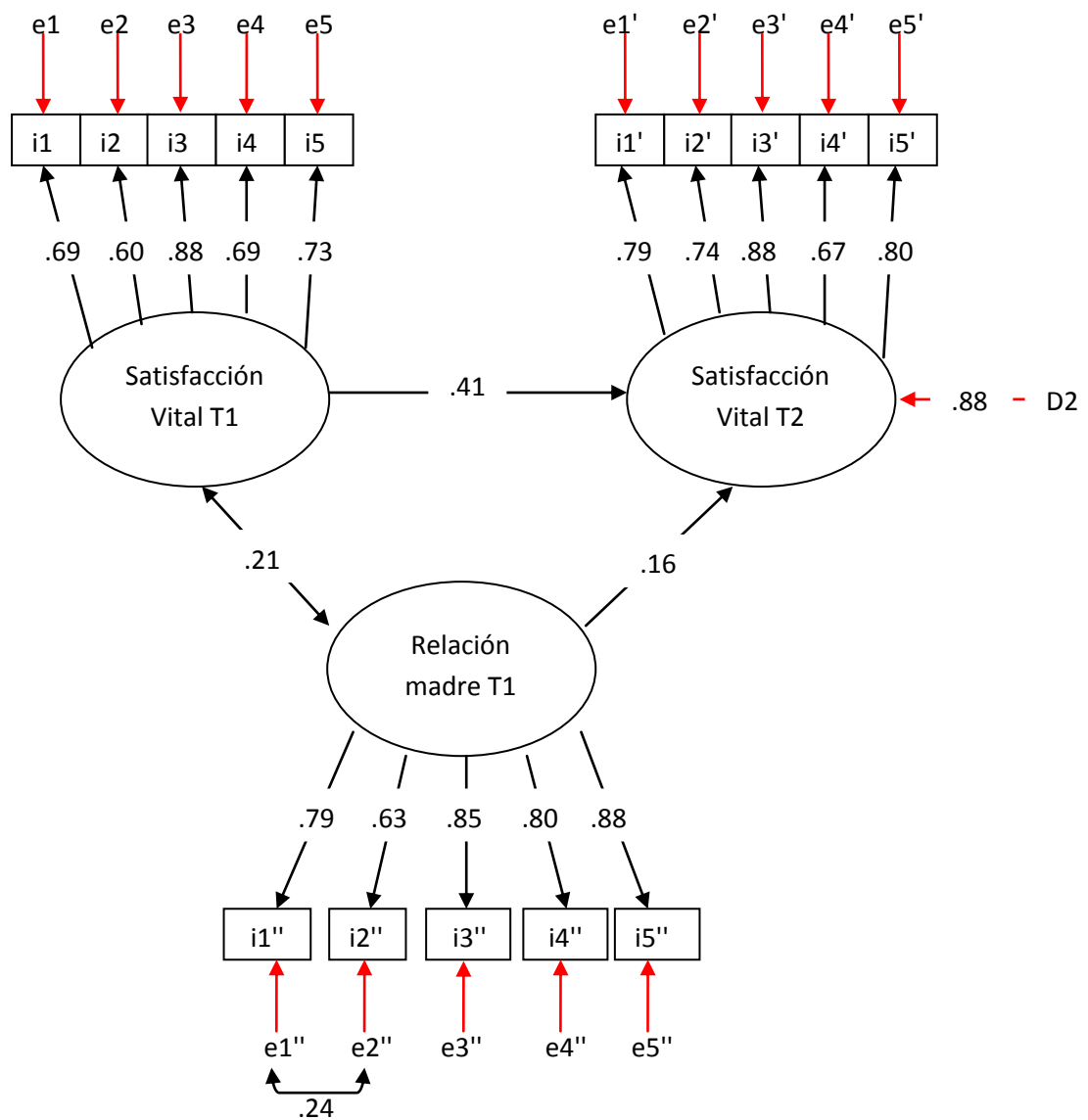


Figura 114: Modelo de ecuaciones estructurales de la relación entre la calidad de la relación con la madre en la oleada 1 y la satisfacción vital en la oleada 1 (SV1), con la satisfacción vital en la oleada 2 (SV2), en los chicos.

Mostramos a continuación los análisis efectuados para analizar el poder predictivo de la calidad en la relación con el padre en la muestra de chicos.

En la figura 115 mostramos el modelo del análisis factorial confirmatorio de la escala de calidad en la relación con el padre en la oleada 1 en la muestra de chicos.

Cada uno de los ítems que componen la escala constituyen los indicadores observables (ítem 1: "Me siento bien cuando estoy con mi padre"; ítem 2: "Me es fácil hablar con mi padre"; ítem 3: "Mi padre me anima y apoya en las cosas que hago"; ítem 4: "Mi padre me demuestra que me quiere (me lo dice, me abraza, hace cosas para agradarme)"; e ítem 5: "Mi padre se preocupa por mí cuando tengo problemas"). Todos estos indicadores mantienen, siguiendo nuestros resultados, una relación positiva con la dimensión, destacando la saturación especialmente elevada del ítem 5, cuyo 84% de la varianza es explicado por la dimensión. El indicador 2 es el que presenta una menor saturación, presentando una R^2 de 0,57. Las ecuaciones de medida de cada uno de los indicadores son todas significativas y todos los residuos estandarizados son muy reducidos, todos por debajo de 0,03. Finalmente, señalamos que el ajuste global es bueno, puesto que el cociente entre el valor de χ^2 y los grados de libertad ($9,15/4=2,28$) es inferior a 3, y que CFI (0,99), RMSEA (0,061) y el intervalo de confianza del 90% de RMSEA (0,000, 0,114) presentan valores adecuados.

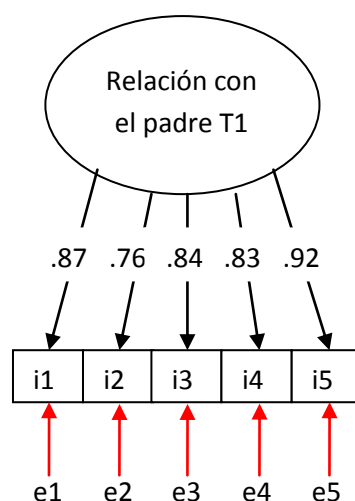


Figura 115: Análisis factorial confirmatorio de la calidad en la relación con el padre en la oleada 1 en los chicos.

Tras estudiar la validez factorial de la escala de calidad en la relación con el padre, seguidamente mostramos los resultados del modelo de ecuaciones estructurales construido. Este modelo plantea una relación causal entre la satisfacción vital en la oleada 1 (SV1) y la satisfacción vital en la oleada 2 (SV2), por un lado, y una relación causal entre la calidad en la relación con el padre en la oleada 1 y la SV2, por otro lado (ver figura 116). Además, la SV1 y la calidad en la relación con el padre se relacionan de forma bidireccional, puesto que son medidas de la misma oleada. La dimensión de calidad en la relación con el padre va a estar formada por los indicadores analizados en el análisis factorial confirmatorio.

Los resultados muestran que tanto la SV1 como la calidad en la relación con el padre mantienen un vínculo positivo con la SV2, con valores de 0,40 y de 0,19, respectivamente. Además, la SV1 y la calidad en la relación con el padre se relacionan de forma bidireccional y positiva (0,26). Por otra parte, todos los residuos estandarizados presentan valores muy reducidos y todas las ecuaciones de medida resultan significativas.

La división del valor de χ^2 (124,35) entre los grados de libertad (84) es inferior a 3 (1,48). Entre los indicadores de bondad de ajuste, CFI presenta un valor de 0,986 (superior a 0,95), GFI ofrece un valor de 0,953 (por encima de 0,95), RMSEA se encuentra por debajo de 0,08 (con un valor de 0,038). Además, el intervalo de confianza de RMSEA se encuentra entre 0,023 y 0,051. Atendiendo a todos estos índices de ajuste, el modelo propuesto de la relación causal de la SV1 y de la calidad en la relación con el padre con la SV2, en la muestra de chicos, se ajusta a los datos.

La ecuación explicativa de la dimensión satisfacción vital en la oleada 2 es: $SV2 = 0,40 \cdot SV1 + 0,19 \cdot \text{Calidad en la relación con el padre} + 0,88D2$, donde 0,19 es el valor de la relación entre la calidad en la relación con el padre y la SV2 y 0,88 es el error. La R^2 del modelo tiene un valor de 0,232, por lo que el porcentaje de la varianza explicada de la satisfacción vital en la oleada 2, en base a la SV1 y a la calidad de la relación con el padre, es del 23,2%. Este porcentaje supone que la calidad en la relación con el padre aporta un 3% de varianza explicada más que el modelo inicial $SV1 \rightarrow SV2$,

y que resulta en los chicos algo más explicativa que la calidad en la relación con la madre.

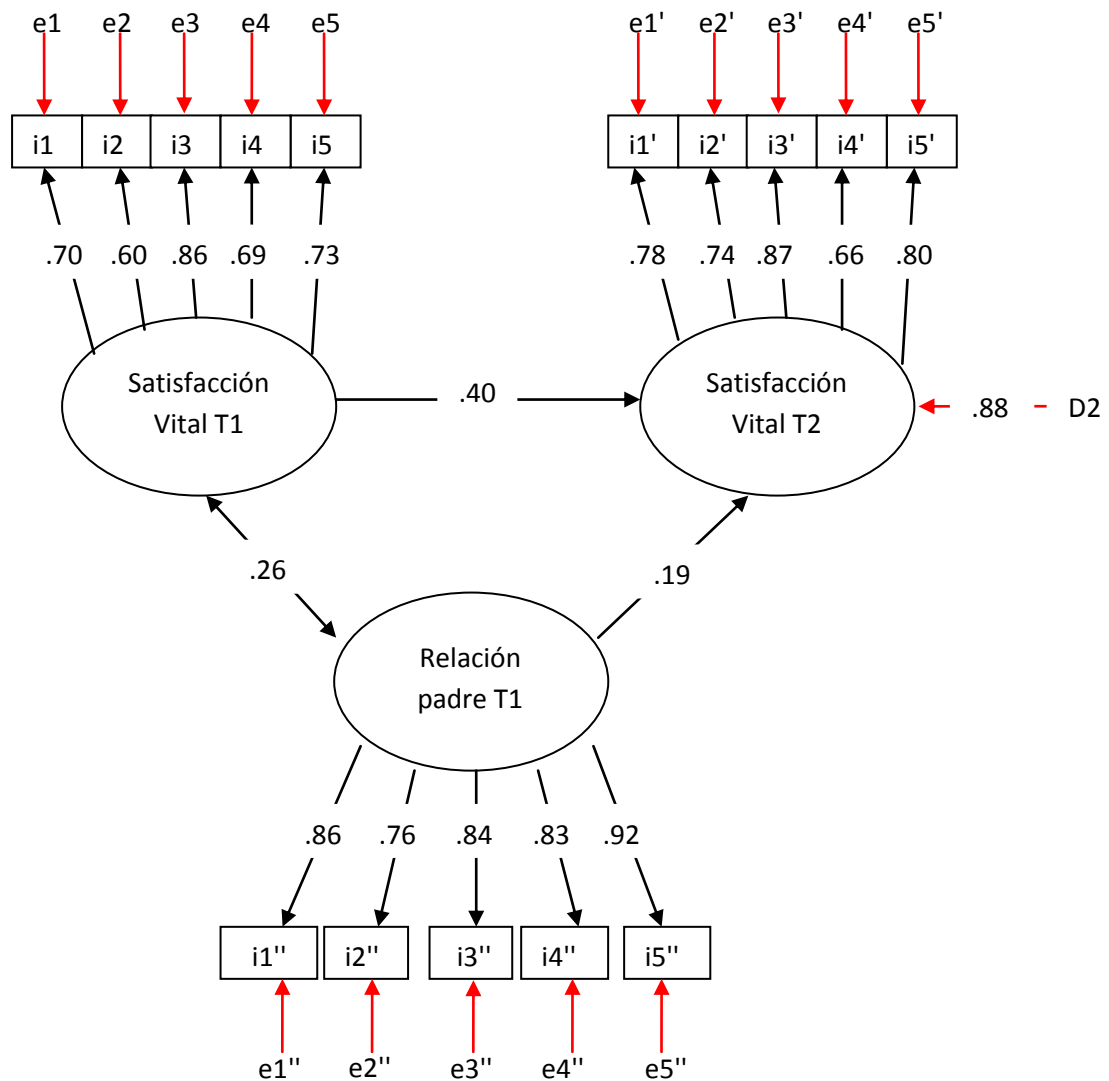


Figura 116: Modelo de ecuaciones estructurales de la relación entre la calidad en la relación con el padre en la oleada 1 y la satisfacción vital en la oleada 1 (SV1), con la satisfacción vital en la oleada 2 (SV2), en los chicos.

A continuación mostramos los resultados sobre el poder predictivo de la satisfacción vital en la oleada 2 que presentan la calidad en la relación con la madre y la calidad en la relación con el padre, en la muestra de chicas.

En la figura 117 se ofrece el modelo del análisis factorial confirmatorio de la escala de calidad de la relación con la madre en la oleada 1 en la muestra de las chicas. Cada uno de los ítems de la escala empleada constituyen los indicadores observables de esta dimensión. Todos los indicadores mantienen una relación positiva con la dimensión, destacando la saturación especialmente elevada del ítem 5, cuyo 84,8% de la varianza es explicado por la dimensión. El indicador 2 es el que presenta una menor saturación, presentando una R^2 de 0,424. Por otro lado, las ecuaciones de medida de cada uno de los indicadores son significativas y los residuos estandarizados son todos muy reducidos, todos por debajo de 0,02.

En cuanto al ajuste global del modelo, tenemos que indicar que, tras obtener un mal ajuste, los tests multiplicativos de Lagrange sugirieron, sucesivamente, la relación entre los errores del ítem 1 y del ítem 2, entre los errores del ítem 1 y del 4, y entre los errores del ítem 3 y del ítem 5, para alcanzar un mejor ajuste. En la figura 118 podemos observar estas relaciones. Tras estas modificaciones, el ajuste global es bueno, dado que el cociente entre el valor de χ^2 y los grados de libertad ($2,12/1 = 2,12$) es inferior a 3, y que CFI (0,99), GFI (0,99), RMSEA (0,056) y el intervalo de confianza del 90% de RMSEA (0,000, 0,164) presentan valores adecuados.

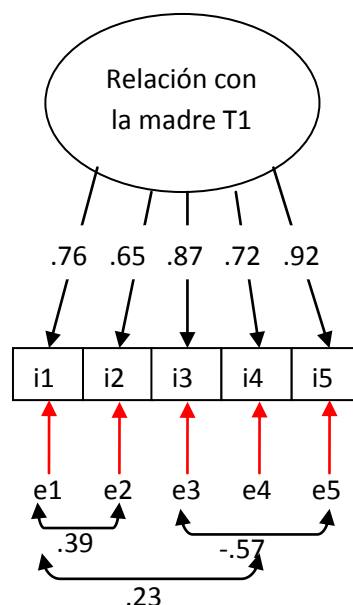


Figura 117: Análisis factorial confirmatorio de la calidad en la relación con la madre en la oleada 1 en las chicas.

Tras el estudio de la validez factorial de la escala de calidad en la relación con la madre en las chicas, mostramos los resultados del modelo de ecuaciones estructurales elaborado. En este modelo explicativo se propone una relación causal entre la satisfacción vital en la oleada 1 (SV1) y la satisfacción vital en la oleada 2 (SV2), por un lado, y una relación causal entre la calidad en la relación con la madre en la oleada 1 y la SV2, por otro (ver figura 118). Además, la SV1 y la calidad en la relación con la madre presentan también una relación bidireccional. La dimensión de calidad en la relación con la madre está compuesta de nuevo por sus respectivos 5 ítems, que son los indicadores analizados en el análisis factorial confirmatorio previo, con las relaciones entre los errores que se han incluido anteriormente tras el análisis de los tests multiplicativos del Lagrange.

Los resultados muestran que la relación de la SV1 con la SV2 es positiva (con un valor de 0,47), así como la que mantiene la calidad en la relación con la madre con la SV2 (con un valor de 0,16). Además, la SV1 y la calidad en la relación con la madre mantienen una relación bidireccional y positiva (0,39). Por otra parte, observamos que todos los residuos estandarizados presentan valores muy reducidos y que todas las ecuaciones de medida resultan significativas.

En cuanto al ajuste del modelo, indicamos que la división del valor de χ^2 (152,80) entre los grados de libertad (81) es muy inferior a 3 (1,89). Entre los estadísticos de ajuste comparativo, CFI presenta un valor de 0,975 (superior a 0,95). Otros indicadores de la bondad de ajuste como RMSEA se encuentra por debajo de 0,08, con un valor de 0,050. El intervalo de confianza de RMSEA se encuentra entre 0,038 y 0,062. Estos índices de ajuste nos señalan que el modelo estudiado se ajusta a los datos.

La ecuación explicativa de la dimensión satisfacción vital en la oleada 2 es: $SV2 = 0,47 \cdot SV1 + 0,16 \cdot \text{Calidad en la relación con la madre} + 0,83D2$, donde 0,16 es el valor de la relación entre la dimensión de calidad en la relación con la madre y la SV2, y 0,83 es el error. La R^2 del modelo tiene un valor de 0,311, por lo que el porcentaje de la varianza explicada de la satisfacción vital en la oleada 2, en base a la SV1 y a la

calidad en la relación con la madre, es del 31,1%. Este porcentaje supone que la nueva dimensión incorporada aporta un 2,7% de varianza explicada más que el modelo inicial SV1-> SV2.

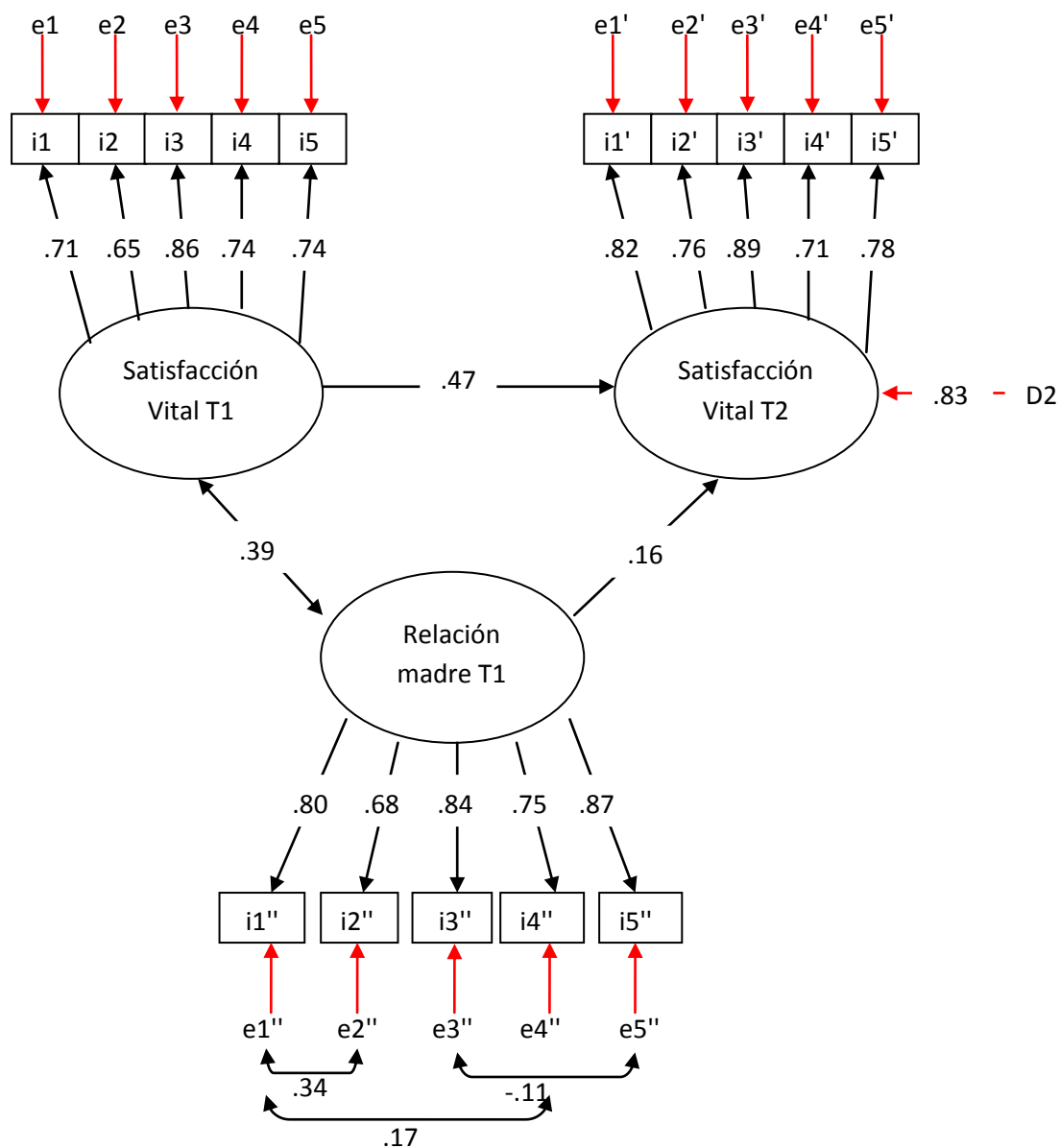


Figura 118: Modelo de ecuaciones estructurales de la relación entre la calidad en la relación con la madre en la oleada 1 y la satisfacción vital en la oleada 1 (SV1), con la satisfacción vital en la oleada 2 (SV2), en las chicas.

Analizamos a continuación el poder predictivo de la SV2 de las chicas que presenta la calidad en la relación con el padre. Para ello, estudiamos en primer lugar la validez factorial de la escala empleada para evaluar este constructo en las chicas.

En la figura 119 mostramos el modelo del análisis factorial confirmatorio de la escala de calidad de la relación con el padre en la oleada 1 en la muestra de chicas. Cada uno de los ítems que componen la escala son los indicadores observables de la variable latente. Siguiendo nuestros resultados, todos los indicadores presentan una relación positiva con la dimensión, destacando la saturación especialmente elevada de los ítems 3 y 5. Hasta un 86,1% de la varianza del ítem 5 es explicada por la dimensión. Además, las ecuaciones de medida de cada uno de los indicadores son todas significativas y todos los residuos estandarizados son muy reducidos (por debajo de 0,02).

En cuanto al ajuste global del modelo, tenemos que señalar que, tras obtener un mal ajuste, los tests multiplicativos de Lagrange sugirieron la relación entre los errores del ítem 1 y del ítem 2 para alcanzar un mejor ajuste. Esta relación tuvo un valor de 0,25. Tras añadir esta relación, el ajuste global es bueno, puesto que el cociente entre el valor de χ^2 y los grados de libertad ($6,12/3 = 2,04$) es inferior a 3, y que CFI (0,998), RMSEA (0,054) y el intervalo de confianza del 90% de RMSEA (0,000, 0,115) presentan valores adecuados.

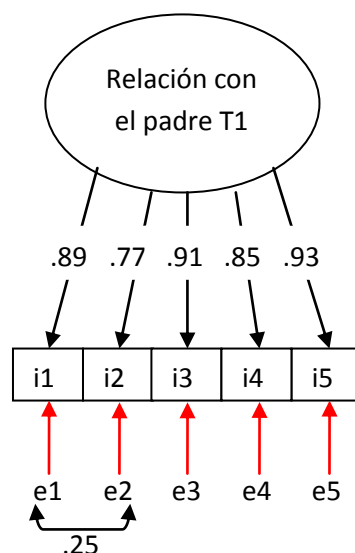


Figura 119: Análisis factorial confirmatorio de la calidad en la relación con el padre en la oleada 1 en las chicas.

Una vez que se han presentado los resultados de la validez factorial de la escala de calidad en la relación con el padre en las chicas, se detallan los resultados del modelo de ecuaciones estructurales.

El modelo plantea una relación causal entre la satisfacción vital en la oleada 1 (SV1) y la satisfacción vital en la oleada 2 (SV2), por un lado, y una relación causal entre la calidad en la relación con el padre en la oleada 1 y la SV2, por otro lado (ver figura 120). La SV1 y la calidad en la relación con el padre se relacionan de forma bidireccional, puesto que son medidas de la misma oleada. La dimensión de calidad en la relación con el padre va a estar formada por los indicadores analizados en el análisis factorial confirmatorio, con la relación entre los errores de medida incorporada tras el estudio de los tests multiplicativos de Lagrange.

Los resultados indican que tanto la SV1 como la calidad en la relación con el padre mantienen un vínculo positivo con la SV2 (con valores de 0,48 y de 0,12, respectivamente). La SV1 y la calidad en la relación con el padre se relacionan de forma bidireccional y positiva (0,41). Por otra parte, todos los residuos estandarizados presentan valores muy reducidos y todas las ecuaciones de medida se han mostrado significativas.

La división del valor de χ^2 (138,52) entre los grados de libertad (83) resulta inferior a 3 (1,67). Entre los indicadores de bondad de ajuste, CFI presenta un valor de 0,984 (superior a 0,95) y RMSEA presenta un valor de 0,044 (por debajo de 0,08). El intervalo de confianza de RMSEA se encuentra entre 0,030 y 0,056. Así, según estos indicadores de ajuste, el modelo propuesto de la relación causal de la SV1 y de la calidad en la relación con el padre con la SV2, en la muestra de chicas, se ajusta a los datos.

La ecuación explicativa de la SV2 es: $SV2 = 0,48 \cdot SV1 + 0,12 \cdot \text{Calidad en la relación con el padre} + 0,84D2$. La R^2 del modelo tiene un valor de 0,297, por lo que el porcentaje de la varianza explicada de la satisfacción vital en la oleada 2, en base a la SV1 y a la calidad en la relación con el padre, es del 29,7%. Este porcentaje supone que la calidad en la relación con el padre aporta un 1,3% de varianza explicada más que el

modelo inicial SV1-> SV2, y que resulta en las chicas menos explicativa que la calidad en la relación con la madre.

Tras los modelos de ecuaciones estructurales mostrados, señalamos, a modo de resumen, que tanto la calidad en la relación con la madre como la calidad en la relación con el padre resultan explicativos de la satisfacción vital en la oleada 2, tanto en los chicos como en las chicas. Destacamos además la especial importancia que presenta la calidad en la relación con la madre en las chicas y la calidad en la relación con el padre en los chicos.

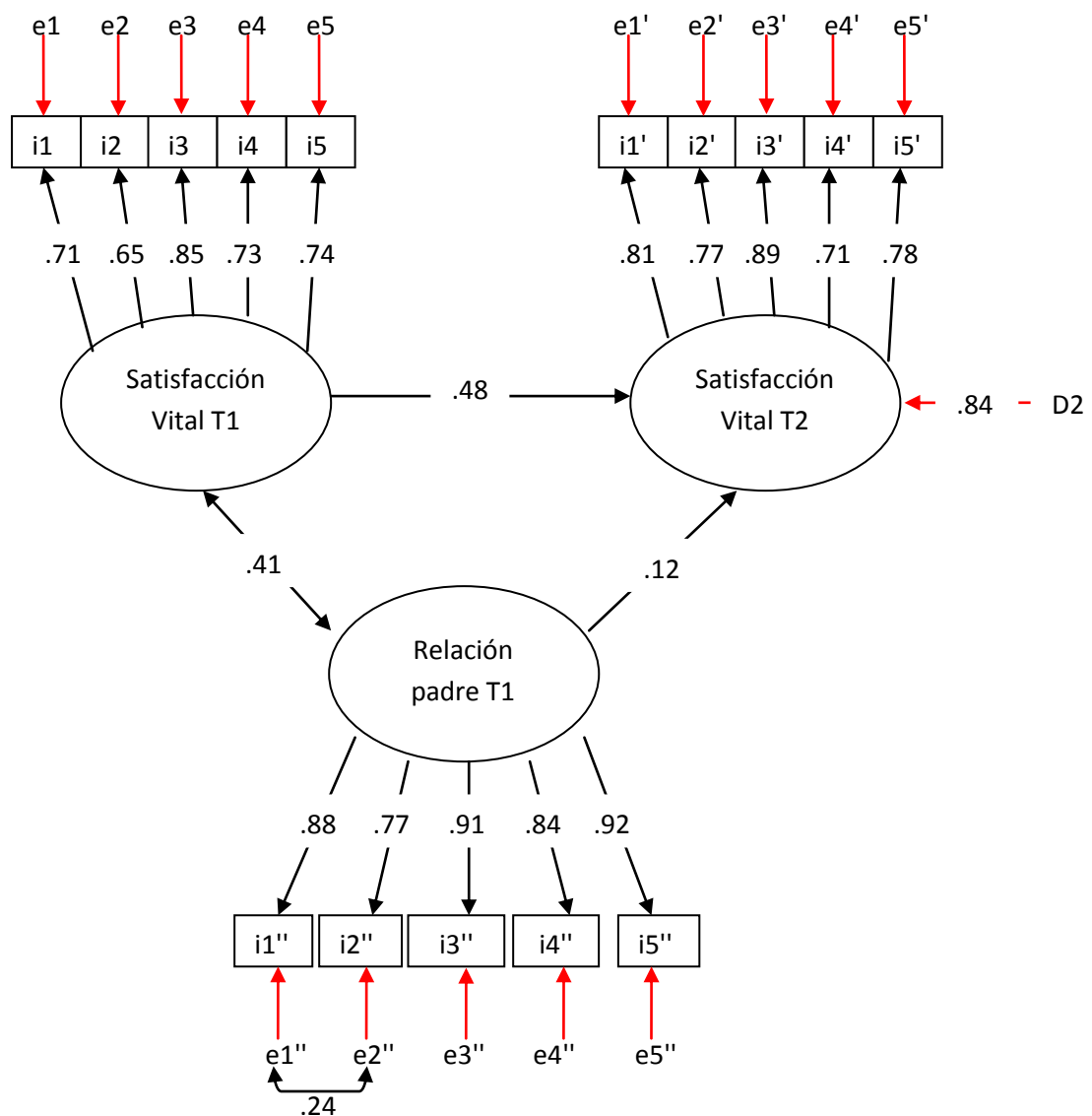


Figura 120: Modelo de ecuaciones estructurales de la relación entre la calidad en la relación con el padre en la oleada 1 y la satisfacción vital en la oleada 1 (SV1), con la satisfacción vital en la oleada 2 (SV2), en las chicas.

3.3.3. Modelos explicativos de la satisfacción vital a partir de la autoestima

En este apartado se muestran los modelos explicativos de la satisfacción vital en la oleada 2 en base a la autoestima y a la satisfacción vital en la oleada 1. Como en los anteriores apartados, mostraremos los resultados por sexos para analizar posibles diferencias explicativas.

En primer lugar, analizamos el poder explicativo de la autoestima en la satisfacción vital de los chicos. Para ello, procedemos a estudiar el análisis factorial confirmatorio de la escala empleada para medir autoestima.

En la figura 121 podemos observar el modelo final del análisis factorial confirmatorio de la escala de autoestima en la oleada 1 en la muestra de chicos. Tras los primeros análisis factoriales confirmatorios realizados con esta escala, no se alcanzó un buen ajuste global y algunos indicadores presentaban una saturación muy baja, o, lo que es lo mismo, resultaban débilmente explicados por la dimensión. Tras estudiar los tests multiplicativos de Lagrange y eliminar los indicadores más débiles, sucesivamente, se obtuvo un modelo con buen ajuste global. En concreto, se eliminaron los ítems 7 ("Creo que merezco ser valorado/a al menos lo mismo que los demás") y 8 ("Desearía sentir más aprecio por mí mismo/a"), y se relacionaron los errores de medida del ítem 2 ("A veces pienso que no sirvo absolutamente para nada") y del ítem 6 ("A veces me siento realmente inútil"), del ítem 6 y del ítem 9 ("Tiendo a pensar que en conjunto soy un fracaso"), y los errores de medida del ítem 2 y del ítem 9. Los ítems cuyos errores han sido relacionados tienen en común ser ítems formulados de forma negativa.

De esta manera, los ítems 1 ("En general, estoy satisfecho/a conmigo mismo/a"), 3 ("Creo que tengo varias cualidades buenas"), 4 ("Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas"), 5 ("Creo que tengo muchos motivos para sentirme orgulloso/a"), 10 ("Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a"), 2, 6 y 9, fueron los indicadores observables de la dimensión autoestima. Los indicadores 2, 6 y 9 fueron recodificados y se incorporaron las relaciones entre sus errores de medida. Siguiendo nuestros resultados, todos los indicadores presentan una relación positiva con la

dimensión, destacando la saturación especialmente elevada de los ítems 1 y 5. Hasta un 60,3% de la varianza del ítem 1 es explicada por la dimensión autoestima. Por otra parte, indicamos que las ecuaciones de medida de cada uno de los indicadores son significativas y que todos los residuos estandarizados son muy reducidos.

El ajuste global del modelo, tras las modificaciones realizadas, es bueno, puesto que el cociente entre el valor de χ^2 y los grados de libertad ($37,63/16= 2,35$) es inferior a 3, y que CFI (0,979), RMSEA (0,063) y el intervalo de confianza del 90% de RMSEA (0,037, 0,089) presentan valores adecuados.

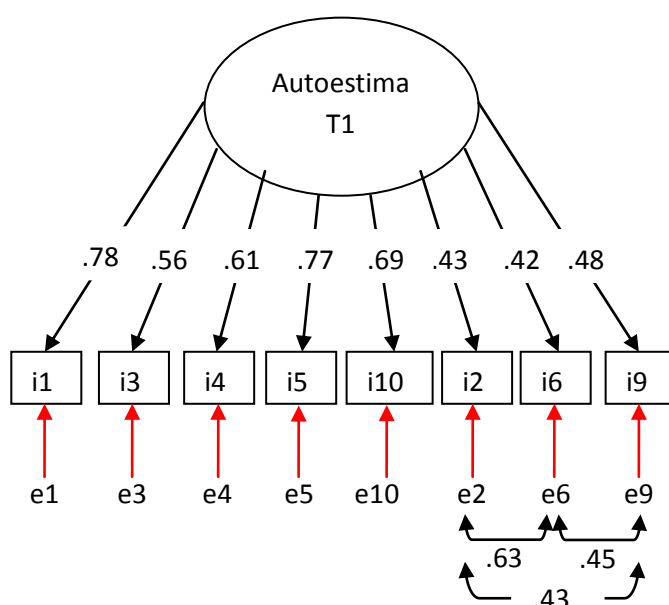


Figura 121: Análisis factorial confirmatorio de la autoestima en la oleada 1 en los chicos.

Tras el análisis factorial confirmatorio de la medida de autoestima en la oleada 1 en la muestra de chicos, construimos el modelo de ecuaciones estructurales. Este modelo plantea una relación causal entre la satisfacción vital en la oleada 1 (SV1) y la satisfacción vital en la oleada 2 (SV2), por un lado, y una relación causal entre la autoestima en la oleada 1 y la SV2, por otro lado (ver figura 122). La SV1 y la autoestima se relacionan además de forma bidireccional. La dimensión de autoestima se construyó de acuerdo con los resultados del análisis factorial anterior, con los

indicadores incluidos y las relaciones entre los errores de medida incorporadas tras el estudio de los tests multiplicativos de Lagrange.

Los datos muestran que la autoestima mantiene una relación positiva con la SV2 (0,32), a la vez que la SV1 presenta una relación del mismo signo con la SV2 (0,22). La SV1 mantiene una relación bidireccional y positiva con la autoestima (0,70). Indicamos además que todos los residuos estandarizados presentan valores muy reducidos y que todas las ecuaciones de medida se han mostrado significativas.

En cuanto al ajuste global del modelo, la división del valor de χ^2 (222,18) entre los grados de libertad (126) resulta inferior a 3 (1,76). Entre los indicadores de bondad de ajuste, CFI presenta un valor de 0,965 (superior a 0,95) y RMSEA presenta un valor de 0,048 (por debajo de 0,08). El intervalo de confianza de RMSEA se encuentra entre 0,037 y 0,058. Así, según estos indicadores de ajuste, el modelo propuesto de la relación causal de la SV1 y de la autoestima con la SV2, en la muestra de chicos, se ajusta a los datos.

La ecuación explicativa de la SV2 es: $SV2 = 0,22 \cdot SV1 + 0,32 \cdot \text{autoestima} + 0,87D2$. La R^2 del modelo señala que el porcentaje de la varianza explicada de la SV2, a partir de la SV1 y de la autoestima, es del 25%. Este porcentaje supone que la autoestima aporta un 4,8% de varianza explicada más que el modelo inicial $SV1 \rightarrow SV2$ en los chicos.

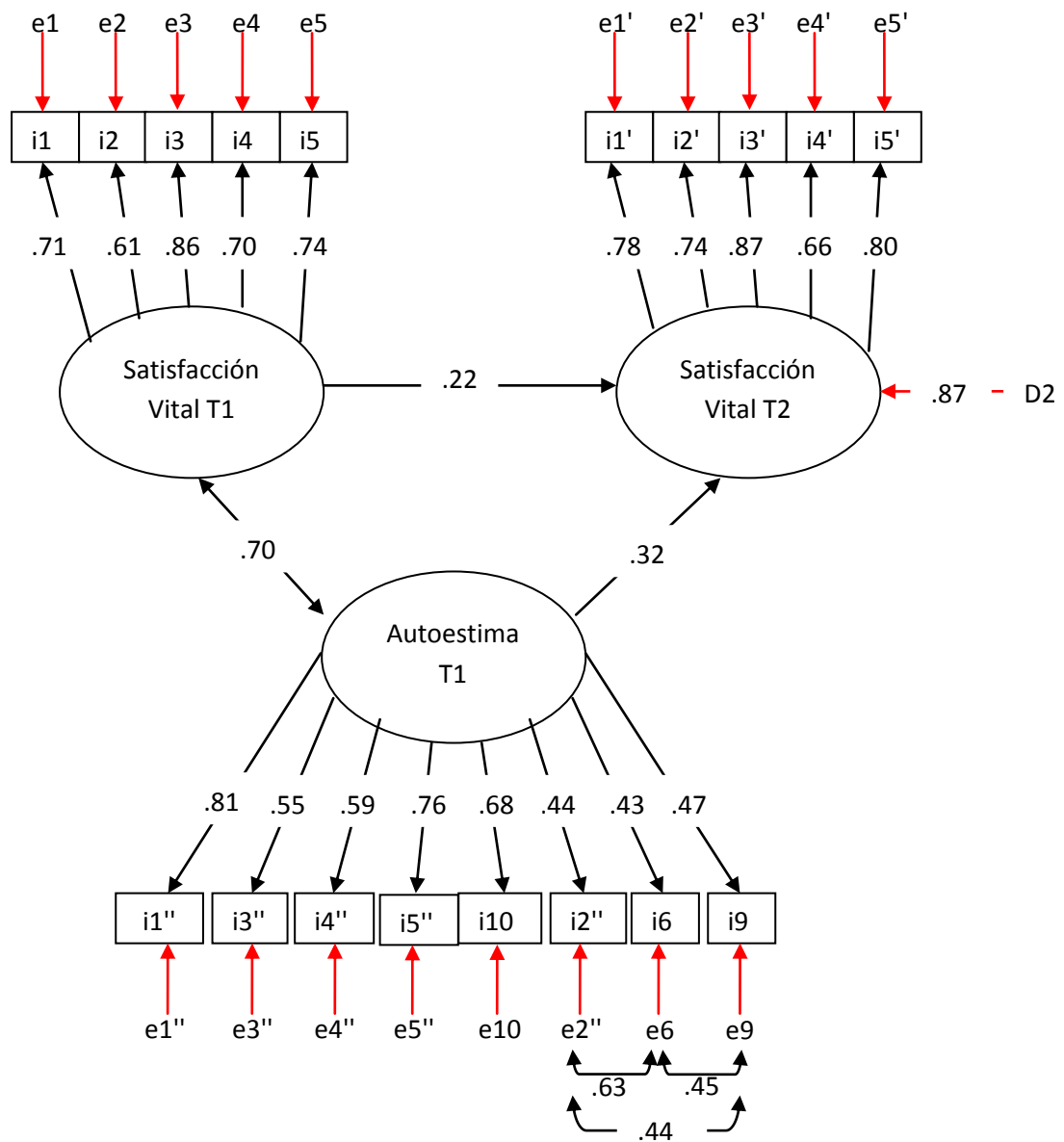


Figura 122: Modelo de ecuaciones estructurales de la relación entre la autoestima en la oleada 1 y la satisfacción vital en la oleada 1 (SV1), con la satisfacción vital en la oleada 2 (SV2), en los chicos.

Seguidamente, llevamos a cabo el estudio del poder predictivo de la autoestima en la satisfacción vital de las chicas. Comenzamos mostrando los resultados del análisis factorial confirmatorio de la escala de autoestima, esta vez con los datos de la muestra de chicas (figura 123).

Como ocurriera en la muestra de chicos, tras los primeros análisis factoriales confirmatorios realizados no se obtuvo un buen ajuste global. Tras estudiar los tests multiplicativos de Lagrange y eliminar los indicadores con saturación baja, se obtuvo un modelo con buen ajuste global. En concreto, se eliminaron los ítems 7 y 8, y se relacionaron los errores de medida del ítem 2 y del ítem 6, del ítem 6 y del ítem 9, y los errores de medida del ítem 2 y del ítem 9. Estos ítems estaban formulados de forma negativa. Como podemos observar en la figura 123, los indicadores y las relaciones entre los errores que se han introducido son semejantes a aquellos presentes en el modelo de autoestima que obtuvo un buen ajuste en los chicos.

Los resultados muestran que, también en las chicas, todos los indicadores presentan una relación positiva con la dimensión, destacando la saturación especialmente elevada del ítem 10, cuyo porcentaje de varianza explicada por la dimensión es del 57%. El ítem con una saturación más baja fue el 9. Por otra parte, señalamos que las ecuaciones de medida de los indicadores son todas significativas y que todos los residuos estandarizados son muy pequeños.

El ajuste global del modelo en las chicas, tras los cambios efectuados en base a las saturaciones de los ítems y los tests multiplicativos de Lagrange, es bueno, puesto que el cociente entre el valor de χ^2 y los grados de libertad ($24,96/16=1,56$) es inferior a 3, y que CFI (0,991), RMSEA (0,040) y el intervalo de confianza del 90% de RMSEA (0,000, 0,069) presentan valores adecuados.

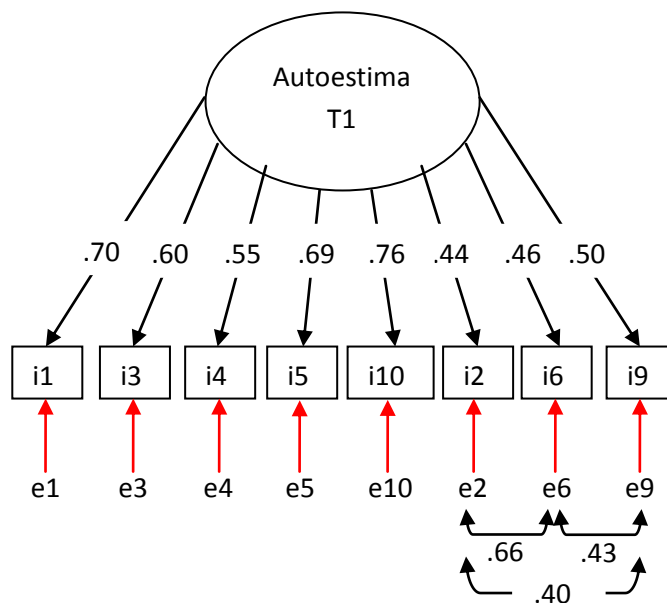


Figura 123: Análisis factorial confirmatorio de la autoestima en la oleada 1 en las chicas.

A partir de este análisis factorial confirmatorio de la medida de autoestima en la oleada 1 en la muestra de chicas se ha construido el modelo de ecuaciones estructurales.

Se propone una relación causal entre la satisfacción vital en la oleada 1 (SV1) y la satisfacción vital en la oleada 2 (SV2), por un lado, y una relación causal entre la autoestima en la oleada 1 y la SV2, por otro lado (ver figura 124). Además, la SV1 y la autoestima se relacionan bidireccionalmente.

Siguiendo nuestros datos, la autoestima mantiene una relación positiva con la SV2 (0,40), a la vez que la SV1 presenta una relación del mismo signo con la SV2 (0,27). Por otro lado, la SV1 mantiene una relación bidireccional y positiva con la autoestima (0,70). Cuando estudiamos los residuos estandarizados observamos que todos presentan valores muy reducidos. Además, el análisis de las ecuaciones de medida nos señala que todas resultan significativas.

La división del valor de χ^2 (245,68) entre los grados de libertad (126) ofrece un valor inferior a 3 (1,95). Entre los indicadores de bondad de ajuste, CFI presenta un valor de 0,96 y RMSEA presenta un valor de 0,053. El intervalo de confianza de RMSEA se encuentra entre 0,043 y 0,062. Así, según estos indicadores de ajuste, el modelo propuesto en la muestra de las chicas se ajusta a los datos.

Finalmente, la ecuación explicativa de la SV2 es: $SV2 = 0,27 \cdot SV1 + 0,40 \cdot \text{autoestima} + 0,79D2$. La R^2 del modelo es de 0,379, lo que señala que el porcentaje de la varianza explicada de la SV2, a partir de la SV1 y de la autoestima, es del 37,9%. La autoestima aporta un 9,5% de varianza explicada más que el modelo inicial $SV1 \rightarrow SV2$. Este porcentaje supone que la autoestima tiene un mayor poder predictor de la satisfacción vital en la oleada 2 en las chicas que en los chicos, siendo este porcentaje casi el doble del encontrado en la muestra de chicos.

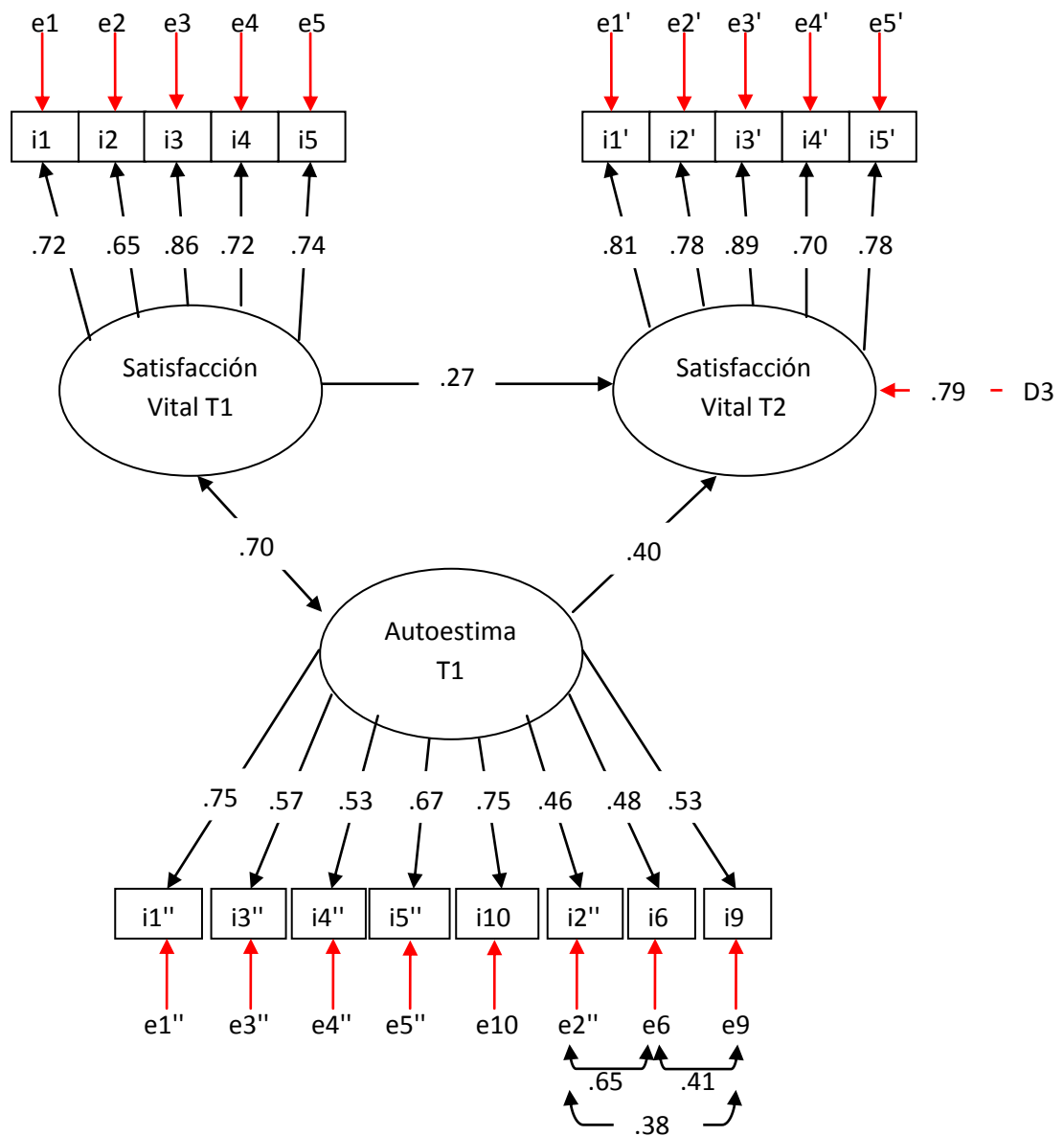


Figura 124: Modelo de ecuaciones estructurales de la relación entre la autoestima en la oleada 1 y la satisfacción vital en la oleada 1 (SV1), con la satisfacción vital en la oleada 2 (SV2), en las chicas.

3.3.4. Modelos explicativos de la satisfacción vital a partir de las variables escolares

En este apartado presentamos un par de modelos de ecuaciones estructurales, uno realizado con la muestra de chicas y otro realizado con la muestra de chicos, para analizar el poder predictivo de la satisfacción vital en la oleada 2 que presentan las variables escolares (medidas en la oleada 1).

En la figura 125 presentamos el modelo de ecuaciones estructurales en el que indicamos el efecto de la dimensión Ajuste Escolar en la oleada 1 y de la dimensión Exclusión en la oleada 1 en la relación causal entre SV1 y SV2, en la muestra de chicos. La dimensión Ajuste Escolar está formada por los siguientes indicadores: satisfacción escolar, rendimiento percibido y presión escolar. Estos indicadores no constituyen una misma escala sino que son diferentes cuestiones incluidas en el instrumento que consideramos que, por la revisión teórica realizada, constituyen evaluaciones del ajuste escolar. Por otro lado, la dimensión Exclusión está compuesta por los indicadores de sentimiento de exclusión escolar y de acoso escolar sufrido, que igualmente fueron cuestiones incluidas en el instrumento sin formar parte de una misma escala. Ambas dimensiones presentan, siguiendo el modelo, una relación bidireccional con la SV1 y causal con la SV2.

Dentro de la dimensión Ajuste Escolar, la satisfacción escolar y el rendimiento percibido presentan saturaciones positivas, mientras que la presión escolar presenta una saturación negativa. Esto indica que la satisfacción escolar y el rendimiento percibido mantienen una relación positiva con la dimensión Ajuste Escolar, mientras que la presión escolar mantiene una relación negativa. Esto tiene lógica dado que para un mejor ajuste escolar es conveniente una mayor satisfacción escolar, un mejor rendimiento percibido y un menor sentimiento de presión escolar, de acuerdo con la revisión bibliográfica realizada. La presión escolar es el indicador más fuertemente explicado por la dimensión Ajuste Escolar (con un valor de R^2 de 0,31), mientras que el rendimiento percibido es el menos explicado (con un valor de R^2 de 0,21). Las ecuaciones de medida de estos indicadores resultan significativas.

Respecto a la dimensión Exclusión, el sentimiento de exclusión escolar y el acoso sufrido mantienen relaciones positivas con su dimensión. La exclusión escolar resulta más fuertemente explicada por la dimensión, presentando un 55,3% de la varianza explicada. Las ecuaciones de medida de los indicadores son significativas.

Cuando analizamos las relaciones entre las dimensiones introducidas en el modelo con las dimensiones de satisfacción vital, encontramos, por un lado, que el Ajuste Escolar mantiene una relación positiva con la SV2 (0,22) y una relación bidireccional positiva con la SV1 (0,32), y que, por otro lado, la Exclusión mantiene una relación negativa con la SV2 (-0,19) y una relación bidireccional negativa con la SV1 (-0,36). Además, la SV1 mantiene una relación positiva con la SV2 (0,31). Las relaciones que mantienen estas dimensiones con las dimensiones de satisfacción vital resultan significativas y cuando estudiamos los residuos estandarizados observamos que todos presentan valores muy reducidos.

En cuanto al ajuste global del modelo, la división del valor de χ^2 (121,83) entre los grados de libertad (81) ofrece un valor inferior a 3 (1,50). Entre los indicadores de bondad de ajuste, CFI presenta un valor de 0,977 y RMSEA presenta un valor de 0,039. El intervalo de confianza de RMSEA se encuentra entre 0,024 y 0,052. Así, según estos indicadores de ajuste, el modelo propuesto en la submuestra de chicos se ajusta a los datos. La ecuación explicativa de la SV2 en este modelo es: $SV2 = 0,31 \cdot SV1 - 0,19 \cdot \text{Exclusión} + 0,22 \cdot \text{Ajuste Escolar} + 0,86D2$. La R^2 global del modelo es de 0,263, lo que señala que el porcentaje de la varianza explicada de la SV2, a partir de la SV1, del Ajuste Escolar y de la Exclusión, es del 26,3%. Estas variables escolares han aportado hasta el 6,1% de varianza explicada más que el modelo inicial $SV1 \rightarrow SV2$ en la muestra de chicos.

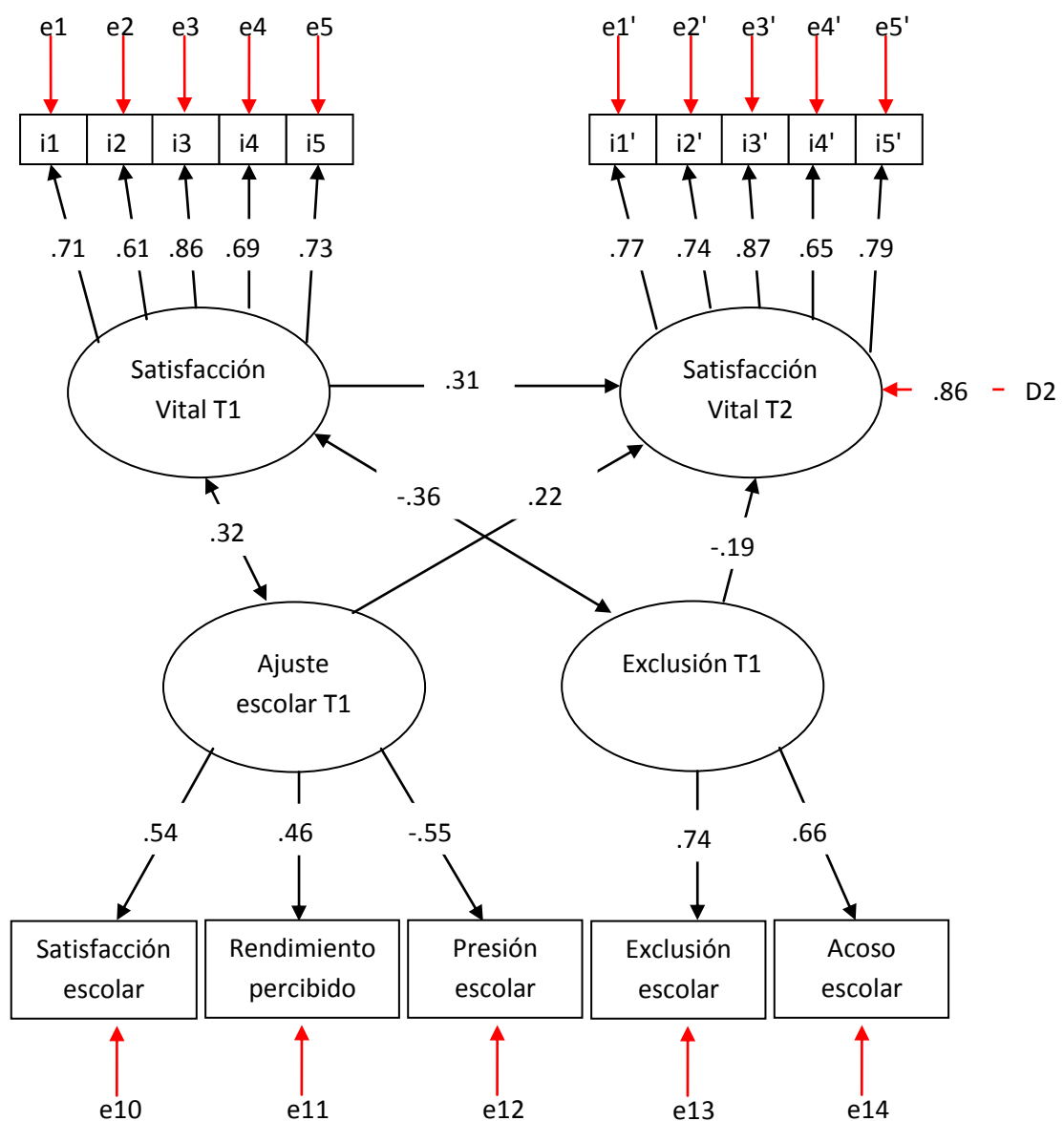


Figura 125: Modelo de ecuaciones estructurales de la relación entre la satisfacción vital en la oleada 1 y en la oleada 2 con la dimensión de ajuste escolar, compuesta por la satisfacción escolar, el rendimiento percibido y la presión escolar, y con la dimensión exclusión, compuesta por la exclusión escolar y el acoso escolar sufrido, en los chicos.

En la figura 126 presentamos el modelo de ecuaciones estructurales en el que indicamos el efecto de la dimensión Ajuste Escolar en la relación causal entre SV1 y SV2, en la muestra de chicas. La dimensión Ajuste Escolar está formada por los mismos indicadores que en el modelo anterior: satisfacción escolar, rendimiento percibido y

presión escolar. Esta dimensión presenta, siguiendo el modelo, una relación bidireccional con la SV1 y causal con la SV2.

Dentro de la dimensión Ajuste Escolar, la satisfacción escolar y el rendimiento percibido presentan saturaciones positivas, mientras que la presión escolar presenta una saturación negativa. Así, un mejor ajuste escolar se presenta con una mayor satisfacción escolar, un mejor rendimiento percibido y un menor sentimiento de presión escolar. En las chicas, la satisfacción escolar es el indicador más fuertemente explicado por la dimensión Ajuste Escolar (con un valor de R^2 de 0,402), mientras que la presión escolar es el menos explicado (con un valor de R^2 de 0,194). Las ecuaciones de medida de estos indicadores resultan significativas.

Cuando analizamos las relaciones entre la dimensión de Ajuste Escolar con las dimensiones de satisfacción vital en las chicas, encontramos, por un lado, que esta dimensión mantiene una relación positiva con la SV2 (0,18) y una relación bidireccional positiva con la SV1 (0,41). Además, la SV1 mantiene una relación positiva con la SV2 (0,46). Estas relaciones resultan significativas y cuando estudiamos los residuos estandarizados observamos que todos presentan valores muy reducidos.

Cuando analizamos el ajuste global del modelo, observamos que la división del valor de χ^2 (117,424) entre los grados de libertad (59) ofrece un valor inferior a 3 (1,99). Entre los indicadores de bondad de ajuste, CFI presenta un valor de 0,97 y RMSEA presenta un valor de 0,053. El intervalo de confianza de RMSEA se encuentra entre 0,039 y 0,067. Por ello, según estos indicadores de ajuste, el modelo propuesto en la muestra de chicas se ajusta a los datos. En un modelo elaborado previamente (y no reflejado en este estudio) para la muestra de chicas, se incluyó además la dimensión de Exclusión, como ya se hiciera en el modelo realizado con los chicos, pero la relación con la SV2 que presentaba esta dimensión no era significativa y el contraste de Wald recomendaba eliminar esa relación para un mayor ajuste global del modelo.

Finalmente, la ecuación explicativa de la SV2 en el modelo presentado con las chicas es: $SV2 = 0,46 \cdot SV1 + 0,18 \cdot \text{Ajuste Escolar} + 0,83D2$. La R^2 global del modelo es de 0,311, lo que señala que el porcentaje de la varianza explicada de la SV2, a partir

de la SV1 y del Ajuste Escolar, es del 31,1%. Estas variables escolares han aportado hasta el 2,7% de varianza explicada más que el modelo inicial SV1-> SV2. Este dato nos señala que las variables académicas presentan un mayor poder predictivo en la muestra de chicos que en la muestra de chicas.

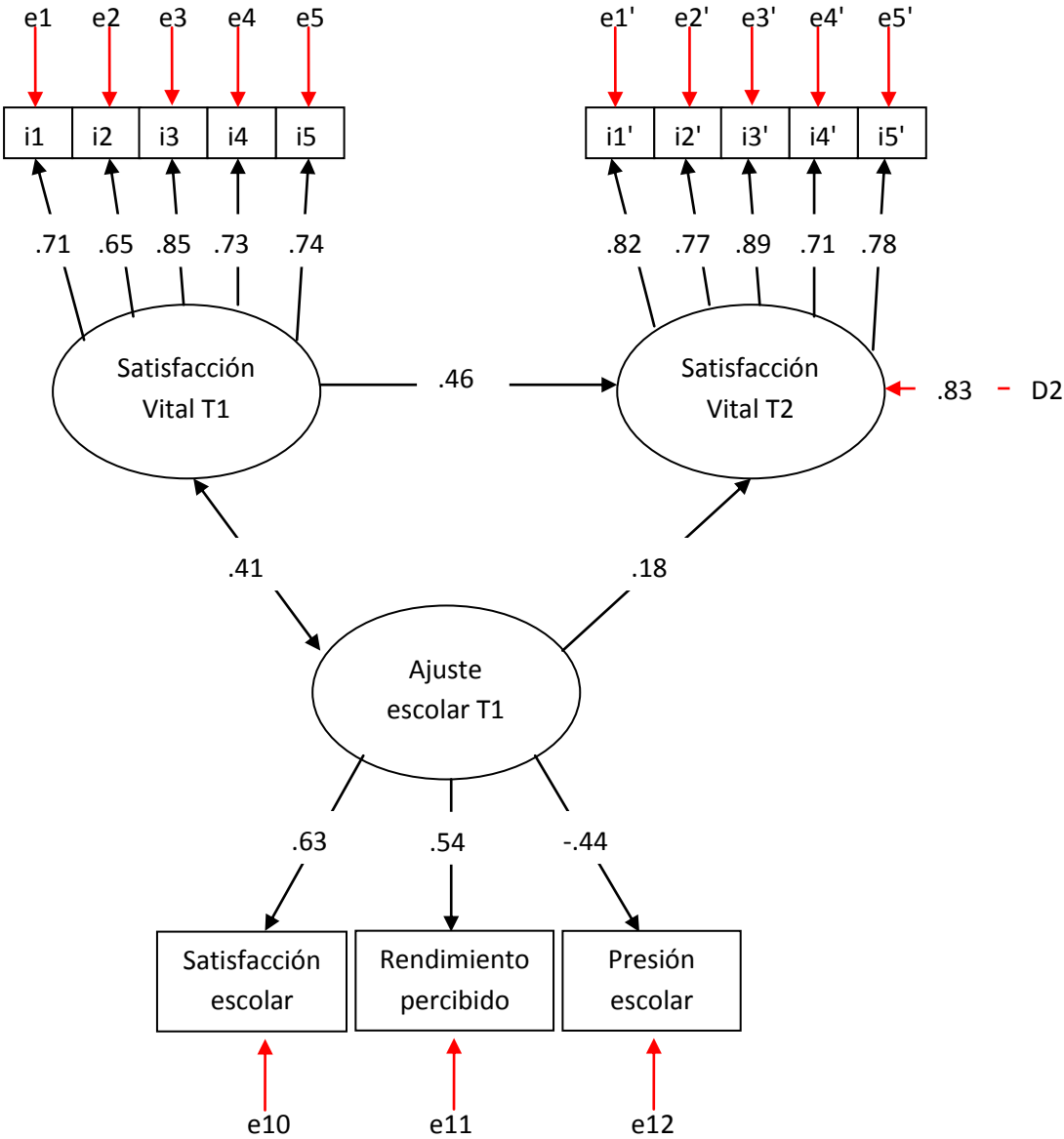


Figura 126: Modelo de ecuaciones estructurales de la relación entre la satisfacción vital en la oleada 1 y en la oleada 2 con la dimensión de ajuste escolar, compuesta por la satisfacción escolar, el rendimiento percibido y la presión escolar, en las chicas.

A modo de resumen, señalamos que un mejor ajuste escolar, caracterizado por una mayor satisfacción escolar, un mayor rendimiento percibido y una menor presión escolar, predice una mayor satisfacción vital tanto en los chicos como en las chicas. En los chicos, además, una menor exclusión, caracterizada por un menor sentimiento de exclusión y una menor frecuencia de acoso escolar, predice una mayor satisfacción vital. Señalamos también que estas variables académicas presentan un mayor poder predictivo de la satisfacción vital en los chicos que en las chicas.

3.3.5. Modelos explicativos de la satisfacción vital a partir de algunas características psicológicas en los chicos

En este apartado, mostraremos un par de modelos que han alcanzado resultados significativos sólo en la muestra de chicos. En el primer modelo, se ha introducido la dimensión distracción como respuesta ante las emociones negativas (en la oleada 1), y en el segundo modelo se ha introducido la dimensión autoatribución ante la experiencia de emociones positivas (en la oleada 1). El análisis de cada modelo de ecuaciones estructurales irá precedido del análisis factorial confirmatorio de la nueva dimensión introducida con sus respectivos indicadores observables, como hemos ido haciendo hasta el momento con las escalas empleadas.

En la figura 127 podemos observar el modelo final del análisis factorial confirmatorio de la escala de distracción en la oleada 1 en la muestra de chicos. Tras los primeros análisis factoriales confirmatorios realizados con esta escala, no se alcanzó un buen ajuste global. En cambio, después de estudiar los tests multiplicativos de Lagrange, se obtuvo un modelo con buen ajuste global, tras relacionar, de forma sucesiva, los errores de medida del ítem 7 ("Pienso en cosas divertidas") y del ítem 9 ("Me concentro en otra cosa que me ponga más contento/a"), y los errores de medida del ítem 9 y del ítem 10 ("Intento desviar mi mente de mis sentimientos haciendo algo que me gusta"). Estas relaciones presentan un valor positivo.

De esta manera, tras estas modificaciones introducidas, se emplearon como indicadores observables de la distracción todos los ítems de la escala empleada para evaluar tal constructo (ítem 2: "Hago algo que me gusta mucho hacer "; ítem 5: "Pienso

“Voy a hacer algo para sentirme mejor” "; ítem 6: "Hago algo que me ha hecho sentir mejor anteriormente"; ítem 7: "Pienso en cosas divertidas"; ítem 9: "Me concentro en otra cosa que me ponga más contento/a"; e ítem 10: "Intento desviar mi mente de mis sentimientos haciendo algo que me gusta"). Todas las saturaciones de los indicadores resultaron ser positivas. Hasta un 64% de la varianza del ítem 6 es explicada por la dimensión de distracción, mientras que el ítem 2 es el que presenta menor saturación (0,57). Por otra parte, indicamos que las ecuaciones de medida de cada uno de los indicadores son significativas y que todos los residuos estandarizados son muy reducidos e inferiores a 0,05.

El ajuste global del modelo, tras las modificaciones realizadas, es bueno, puesto que el cociente entre el valor de χ^2 y los grados de libertad ($11,37/6 = 1,89$) es inferior a 3, y que CFI (0,994), RMSEA (0,052) y el intervalo de confianza del 90% de RMSEA (0,000, 0,098) presentan valores adecuados.

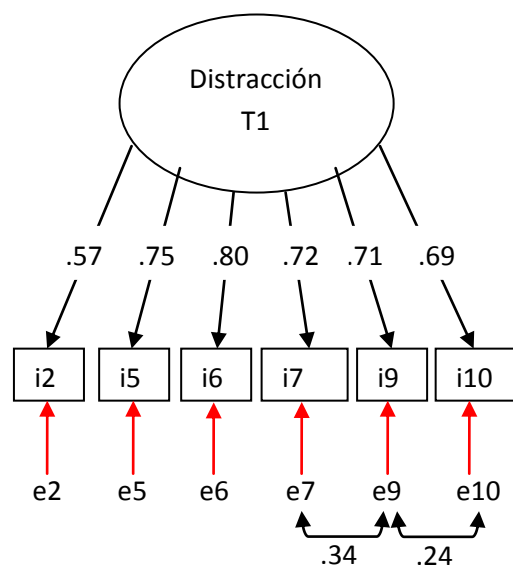


Figura 127: Análisis factorial confirmatorio de la distracción en la oleada 1 en los chicos.

Tras el análisis factorial confirmatorio de la medida de distracción en la oleada 1 en la muestra de chicos, construimos el modelo de ecuaciones estructurales. Este

modelo plantea una relación causal entre la satisfacción vital en la oleada 1 (SV1) y la satisfacción vital en la oleada 2 (SV2), por un lado, y una relación causal entre la distracción en la oleada 1 y la SV2, por otro lado (ver figura 128). La SV1 y la distracción se relacionan además de forma bidireccional. La dimensión de distracción se construyó siguiendo los resultados del análisis factorial anterior, con las relaciones entre los errores de medida incorporadas tras el estudio de los tests multiplicativos de Lagrange.

Los resultados señalan que la distracción mantiene una relación positiva con la SV2 (0,27), a la vez que la SV1 presenta una relación positiva con la SV2 (0,40). Por otra parte, la SV1 mantiene una relación bidireccional y positiva con la distracción (0,26). Tenemos que señalar además que todos los residuos estandarizados presentan valores muy reducidos y que todas las ecuaciones de medida se han mostrado significativas.

Cuando estudiamos el ajuste global del modelo, la división del valor de χ^2 (141,63) entre los grados de libertad (96) resulta claramente inferior a 3 (1,47). Entre los indicadores de bondad de ajuste, CFI presenta un valor de 0,98, RMSEA presenta un valor de 0,038, y el intervalo de confianza de RMSEA se encuentra entre 0,024 y 0,051. Así, según estos datos, el modelo propuesto de la relación causal de la SV1 y de la distracción con la SV2, en la muestra de chicos, se ajusta a los datos. La ecuación explicativa de la SV2 es: $SV2 = 0,40 \cdot SV1 + 0,27 \cdot \text{distracción} + 0,84D2$. La R^2 del modelo señala que a partir de la SV1 y de la distracción se explica hasta el 29% de la varianza de la SV2. De esta forma, la distracción aporta un 8,8% de varianza explicada más que el modelo inicial $SV1 \rightarrow SV2$ en los chicos.

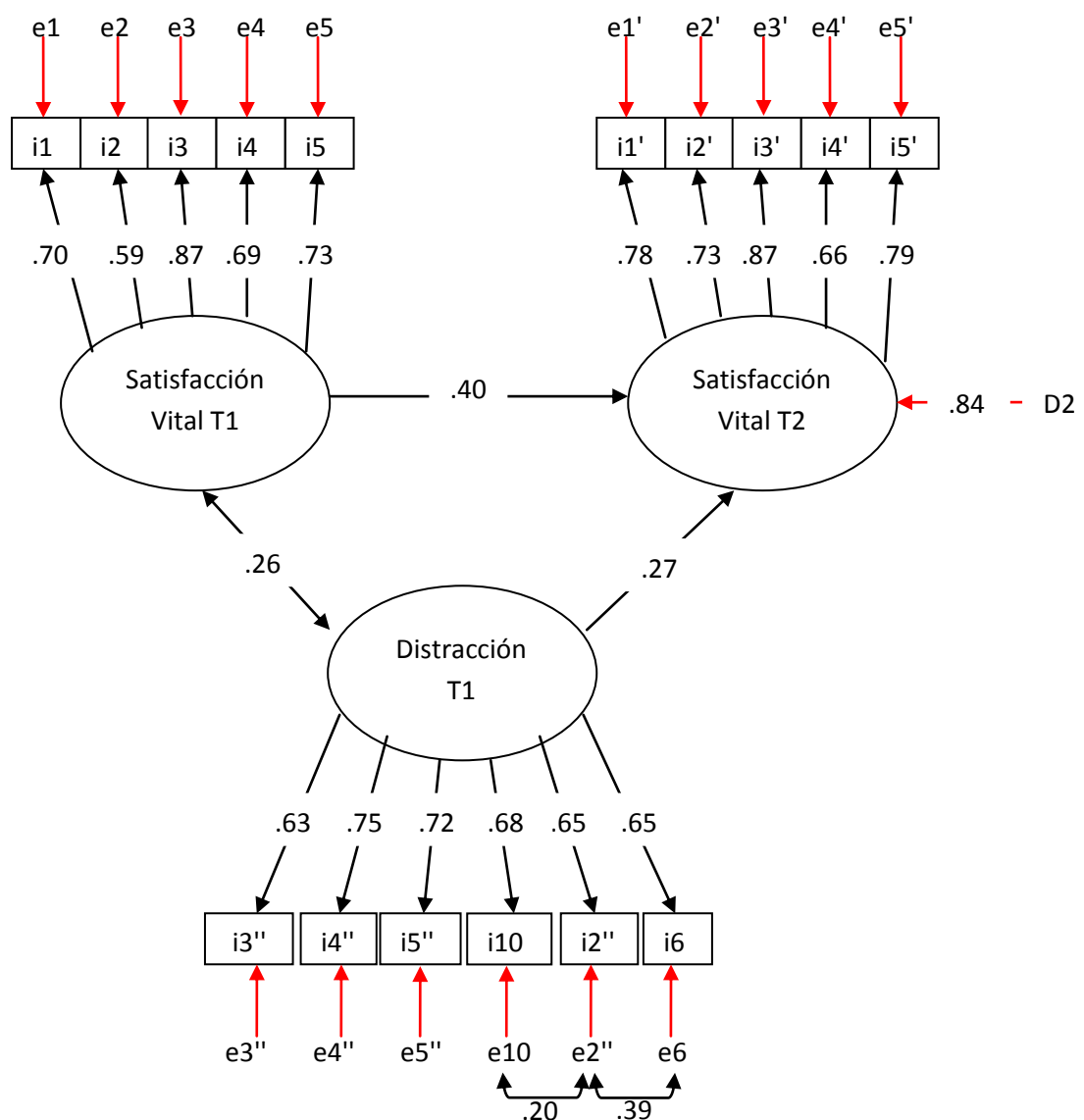


Figura 128: Modelo de ecuaciones estructurales de la relación entre la distracción en la oleada 1 y la satisfacción vital en la oleada 1 (SV1), con la satisfacción vital en la oleada 2 (SV2), en los chicos.

En la figura 129 presentamos el modelo del análisis factorial confirmatorio de la escala de autoatribución o atribución interna de emociones positivas en la oleada 1 en la muestra de chicos. La dimensión de autoatribución presenta como indicadores todos los ítems de la escala empleada para evaluar tal constructo (ítem 1: "Pienso "Lo estoy consiguiendo todo" "; ítem 2: "Pienso "Estoy alcanzando todo cuanto puedo

conseguir””; ítem 3: "Pienso en lo orgulloso que me siento de mí mismo"; e ítem 4: "Pienso “Lo estoy logrando todo””). Todos los ítems presentan una saturación bastante alta y positiva, destacando el ítem 1 que resulta ser el mejor indicador, con una saturación de 0,86 . Las ecuaciones de medida de cada uno de los indicadores son todas significativas y todos los residuos estandarizados son inferiores a 0,02.

El ajuste global del modelo es bueno, puesto que el cociente entre el valor de χ^2 y los grados de libertad ($2,82/1= 2,82$) es inferior a 3, y que CFI (0,998), RMSEA (0,073) y el intervalo de confianza del 90% de RMSEA (0,000, 0,180) presentan valores adecuados. Dado el buen ajuste del modelo global, no se realizaron modificaciones atendiendo a los tests de multiplicativos de Lagrange.

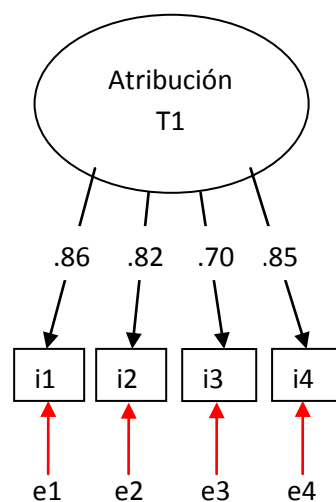


Figura 129: Análisis factorial confirmatorio de la autoatribución de emociones positivas en la oleada 1 en los chicos.

Después de comprobar la validez factorial de la medida de autoatribución de emociones positivas en la oleada 1 en la muestra de chicos, construimos el modelo de ecuaciones estructurales. Este modelo plantea una relación causal entre la satisfacción vital en la oleada 1 (SV1) y la satisfacción vital en la oleada 2 (SV2), por un lado, y una relación causal entre la autoatribución de emociones positivas en la oleada 1 y la SV2,

por otro lado (ver figura 130). Además, la SV1 y la autoatribución se relacionan entre sí de forma bidireccional.

Siguiendo nuestros resultados, la autoatribución mantiene una relación positiva con la SV2 (0,13), a la vez que la SV1 presenta una relación positiva con la SV2 (0,41). La SV1 y la autoatribución se relacionan además de forma bidireccional y positiva (0,36). Los análisis señalan que todos los residuos estandarizados presentan valores muy reducidos y que todas las ecuaciones de medida resultan significativas.

Respecto al ajuste global del modelo, la división del valor de χ^2 (130,62) entre los grados de libertad (71) resulta muy inferior a 3 (1,84). Por otra parte, CFI presenta un valor de 0,974, RMSEA presenta un valor de 0,051, y el intervalo de confianza de RMSEA se encuentra entre 0,037 y 0,064. A la luz de estos datos podemos decir que el modelo propuesto de la relación causal de la SV1 y de la autoatribución con la SV2, en la muestra de chicos, se ajusta a los datos.

Finalmente, la ecuación explicativa en este modelo de la SV2 es: $SV2 = 0,41 \cdot SV1 + 0,13 \cdot \text{autoatribución} + 0,88D2$. La R^2 del modelo señala que a partir de la SV1 y la autoatribución se explica hasta el 21,9% de la varianza de la SV2. De esta forma, la autoatribución aporta sólo un 1,7% de varianza explicada más que el modelo inicial $SV1 \rightarrow SV2$ en los chicos. Este valor es inferior al aportado por la distracción en el modelo anterior con la muestra de chicos.

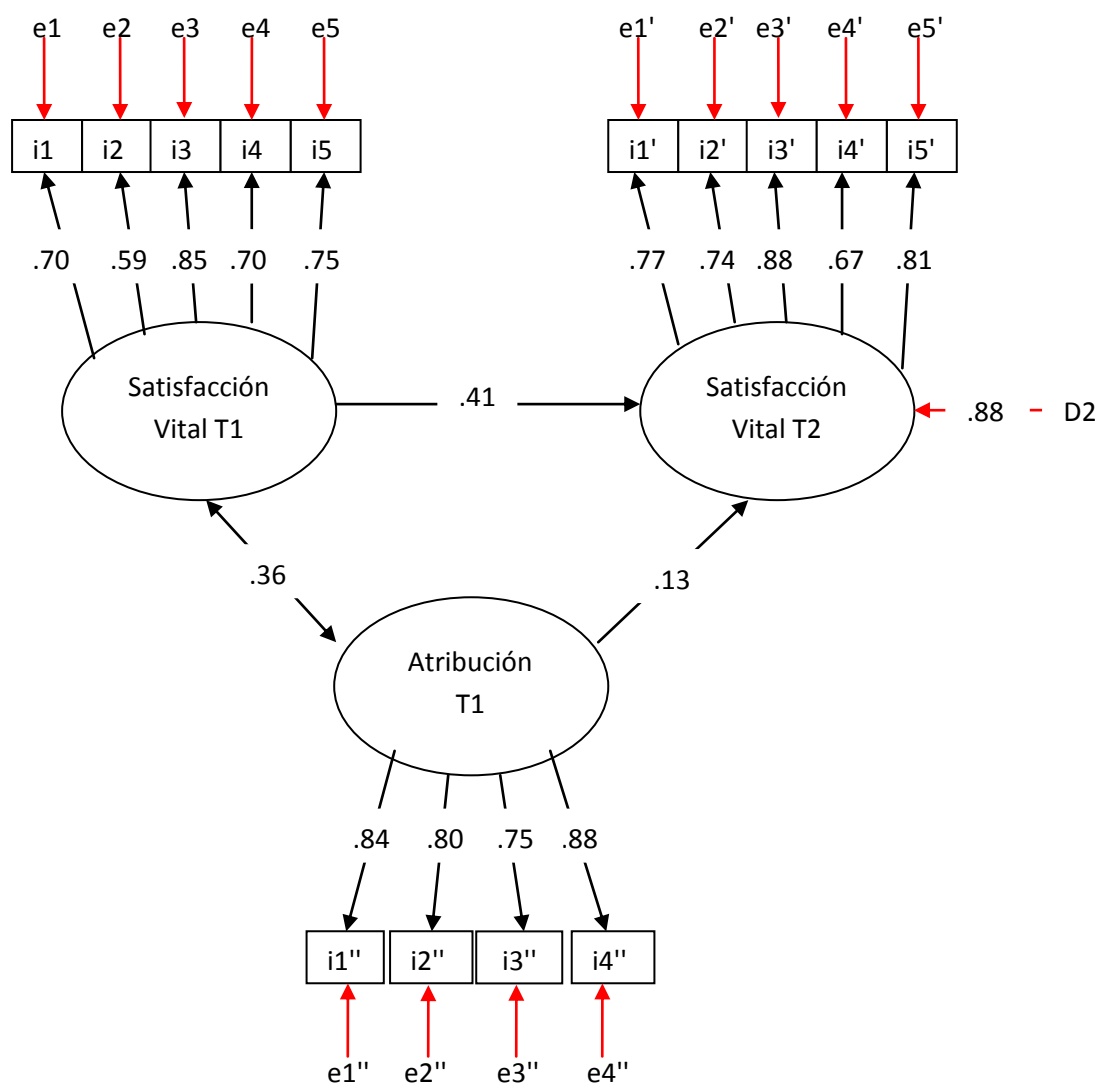


Figura 130: Modelo de ecuaciones estructurales de la relación entre la autoatribución de emociones positivas en la oleada 1 y la satisfacción vital en la oleada 1 (SV1), con la satisfacción vital en la oleada 2 (SV2), en los chicos.

3.3.6. Modelos explicativos de la satisfacción vital a partir de los hábitos de sueño en las chicas.

En la figura 131 presentamos el modelo de ecuaciones estructurales en el que indicamos el efecto de la dimensión Hábitos de sueño en la relación causal entre SV1 y SV2 en la muestra de chicas. La dimensión Hábitos de sueño está formada por los siguientes indicadores de la oleada 1: la hora de acostarse entre semana, la hora de acostarse en el fin de semana y la hora de levantarse en el fin de semana. Esta dimensión presenta, siguiendo el modelo, una relación bidireccional con la SV1 y causal con la SV2.

Dentro de esta dimensión, los resultados muestran que todos los indicadores presentan saturaciones positivas, destacando el valor de la hora de acostarse en el fin de semana. La varianza de este indicador es explicada por la dimensión en un 52,1%. En cambio, la hora de levantarse en el fin de semana es el indicador más débil (con una saturación de 0,53). Todas las ecuaciones de medida resultan significativas.

Cuando analizamos las relaciones entre la dimensión de Hábitos de sueño con las dimensiones de satisfacción vital en las chicas, encontramos que esta dimensión mantiene una relación negativa con la SV2 (-0,15) y una relación bidireccional negativa con la SV1 (-0,27). Estas relaciones resultan significativas y cuando estudiamos los residuos estandarizados observamos que todos presentan valores muy reducidos. De esta manera, acostarse más tarde en el fin de semana, acostarse más tarde entre semana y levantarse más tarde en el fin de semana se relacionan con una menor satisfacción vital.

Cuando analizamos el ajuste global del modelo, observamos que la división del valor de χ^2 (109,725) entre los grados de libertad (59) ofrece un valor inferior a 3 (1,86). Entre los indicadores de bondad de ajuste, CFI presenta un valor de 0,975, RMSEA presenta un valor de 0,050 y el intervalo de confianza de RMSEA se encuentra entre 0,035 y 0,064. Atendiendo a estos datos, el modelo propuesto en las chicas se ajusta a los datos.

Finalmente, la ecuación explicativa de la SV2 en este modelo con las chicas es:
 $SV2 = 0,49 \cdot SV1 - 0,15 \cdot \text{Hábitos de sueño} + 0,83D2$. La R^2 global del modelo es de 0,304, lo que señala que el porcentaje de la varianza explicada de la SV2, a partir de la SV1 y de los Hábitos de sueño es del 30,4%. Estas variables sobre los hábitos de sueño han aportado hasta un 2% de varianza explicada más que el modelo inicial $SV1 \rightarrow SV2$ en las chicas.

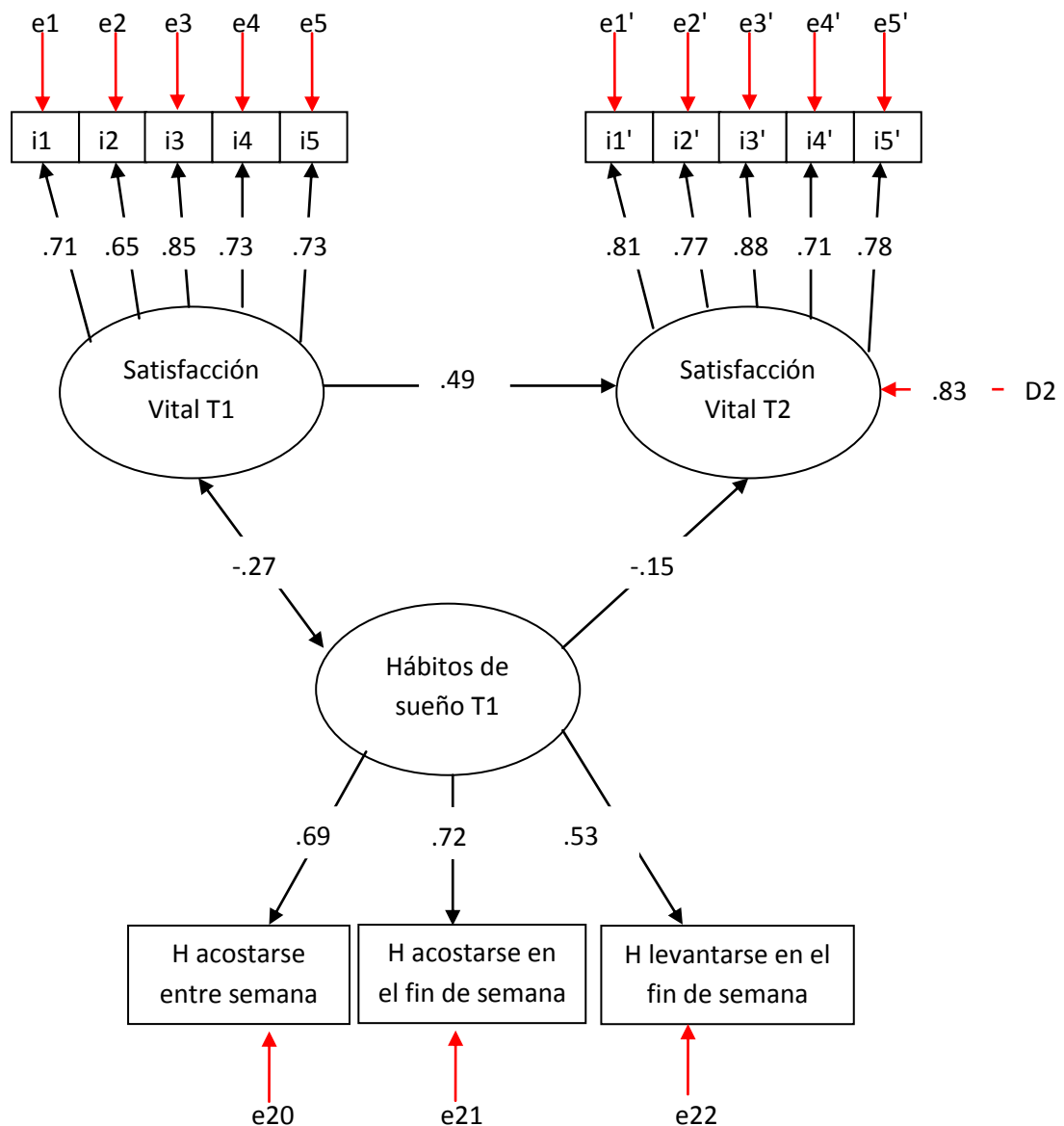


Figura 131: Modelo de ecuaciones estructurales de la relación entre la satisfacción vital en la oleada 1 y en la oleada 2 con la dimensión de hábitos de sueño, compuesta por la hora de acostarse entre semana, la hora de acostarse en el fin de semana y la hora de levantarse en el fin de semana, en las chicas.

3.3.7. Modelos explicativos de los síntomas depresivos

Como procedimos en el apartado anterior con los modelos de satisfacción vital, comenzaremos en primer lugar analizando la validez factorial de las medidas de síntomas depresivos en cada oleada, realizando estos análisis por sexos. En un segundo momento, se realizará el modelo inicial de la relación entre los síntomas depresivos en la oleada 1 (DE1) y los síntomas depresivos en la oleada 2 (DE2), tanto en los chicos como en las chicas.

En la figura 132 podemos observar el modelo final del análisis factorial confirmatorio de la escala de síntomas depresivos en la oleada 1 en la muestra de chicos. Tras los primeros análisis factoriales confirmatorios realizados con esta escala, no se alcanzó un buen ajuste global y algunos indicadores presentaban una saturación muy baja, o, lo que es lo mismo, resultaban débilmente explicados por la dimensión. Tras estudiar los tests multiplicativos de Lagrange y eliminar los indicadores más débiles, se obtuvo un modelo con buen ajuste global. En concreto, se eliminaron los ítems 2 (pesimismo), 6 (preocupación), 7 (insatisfacción corporal) y 9 (falta de amigos), y se relacionaron los errores de medida del ítem 1 (tristeza) y del ítem 5 (llanto).

De esta manera, los ítems 1 (tristeza), 3 (autoeficacia), 8 (soledad), 4 (autoestima), 5 (llanto) y 10 (sentirse querido) fueron los indicadores observables de la dimensión de síntomas depresivos en la oleada 1. Los indicadores 4, 5 y 10 fueron recodificados. Siguiendo nuestros resultados todos los indicadores presentan una relación positiva con la dimensión, destacando la saturación especialmente elevada de los ítems 4 y 10. Un 40,9% de la varianza del ítem 4 es explicada por la dimensión de síntomas depresivos en la oleada 1. Por otra parte, indicamos que las ecuaciones de medida de cada uno de los indicadores son significativas y que todos los residuos estandarizados son muy reducidos. La relación entre los errores de medida del ítem 1 y del ítem 5 resultó positiva.

Tras las modificaciones realizadas, el ajuste global del modelo es bueno, puesto que el cociente entre el valor de χ^2 y los grados de libertad ($15,07/7 = 2,15$) es inferior

a 3, y que CFI (0,98), RMSEA (0,058) y el intervalo de confianza del 90% de RMSEA (0,014, 0,098) presentan valores adecuados.

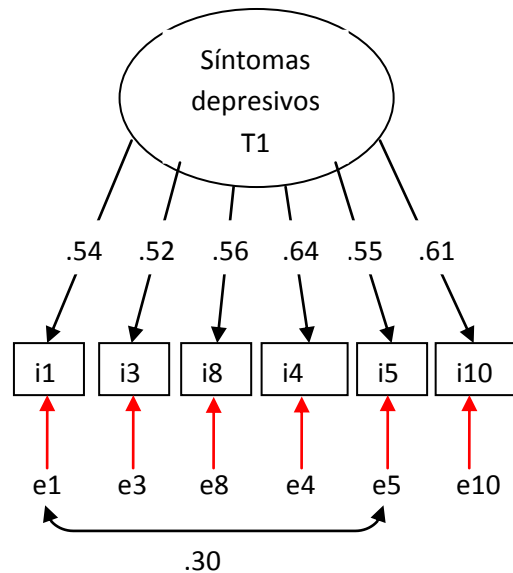


Figura 132: Análisis factorial confirmatorio de los síntomas depresivos en la oleada 1 en los chicos.

Respecto a los síntomas depresivos en la oleada 2, llevamos a cabo los mismos análisis.

En la figura 133, se muestra el modelo final del análisis factorial confirmatorio de la escala de síntomas depresivos en la oleada 2 en la muestra de chicos. Tras los primeros análisis factoriales confirmatorios realizados con esta escala tampoco se alcanzó un buen ajuste global y se procedió, como en la escala de síntomas depresivos en la oleada 1, a eliminar los indicadores más débiles y a relacionar un par de errores de medida, siguiendo los tests multiplicativos de Lagrange.

El modelo que alcanzó buen ajuste es similar al encontrado en la oleada 1 en los chicos. Todos los indicadores presentan una relación positiva con la dimensión, destacando la saturación especialmente elevada del ítem 1. Un 53,3% de la varianza del ítem 1 es explicada por la dimensión de síntomas depresivos en la oleada 2. Las

ecuaciones de medida de cada uno de los indicadores resultaron significativas y todos los residuos estandarizados fueron muy reducidos. La relación entre los errores de medida del ítem 1 y 5 resultó positiva, con un valor de 0,26.

Como se ha indicado, tras las modificaciones realizadas, el ajuste global del modelo es bueno, dado que el cociente entre el valor de χ^2 y los grados de libertad ($17,48/7 = 2,50$) es inferior a 3, y que CFI (0,975), RMSEA (0,069) y el intervalo de confianza del 90% de RMSEA (0,029, 0,110) presentan valores adecuados.

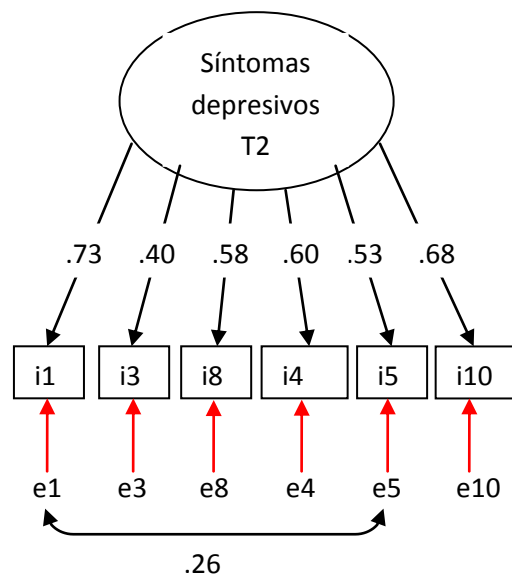


Figura 133: Análisis factorial confirmatorio de los síntomas depresivos en la oleada 2 en los chicos.

Finalmente mostramos el modelo de la relación entre los síntomas depresivos en la oleada 1 y los síntomas depresivos en la oleada 2 en la muestra de chicos.

El modelo pone en relación las 2 dimensiones de síntomas depresivos que han alcanzado validez factorial en los análisis previos (ver figura 134), con los mismos indicadores y las relaciones entre los errores de medida señaladas. Los primeros resultados no mostraban un buen ajuste global del modelo, pero tras añadir sucesivamente las modificaciones indicadas por los tests multiplicativos de Lagrange se

alcanzó este ajuste. Para ello, se pusieron en relación, por un lado, el error de medida del ítem 3 de la oleada 1 con el del ítem 3 de la oleada 2, y, por otro lado, el error de medida del ítem 8 de la oleada 1 con el del ítem 8 de la oleada 2.

Podemos observar que la relación entre ambas variables latentes es positiva (presentando un valor de 0,57). Los residuos estandarizados fueron reducidos y las ecuaciones de medida, significativas. Como se ha indicado, el ajuste global de modelo es bueno. La división del valor de χ^2 (82,46) entre los grados de libertad (47) es muy inferior a 3 (1,75), por lo que atendiendo a este resultado el modelo ajusta bien a los datos. Entre los estadísticos de ajuste comparativo, CFI presenta un valor de 0,961, superior a 0,95. El indicador de raíz del residuo cuadrático promedio de aproximación o RMSEA se encuentra por debajo de 0,08, con un valor de 0,049. El intervalo de confianza de RMSEA se encuentra entre 0,031 y 0,066. Atendiendo a estos índices de ajuste, el modelo propuesto de la relación causal de los síntomas depresivos en la oleada 1 y los síntomas depresivos en la oleada 2, se ajusta a los datos de la muestra de chicos.

La ecuación explicativa de los síntomas depresivos en la oleada 2 es: $de2 = 0,57 * de1 + 0,82 D2$. El porcentaje de la varianza explicada de los síntomas depresivos en la oleada 2 ($de2$) por los síntomas depresivos en la oleada 1 ($de1$) es del 32,3%.

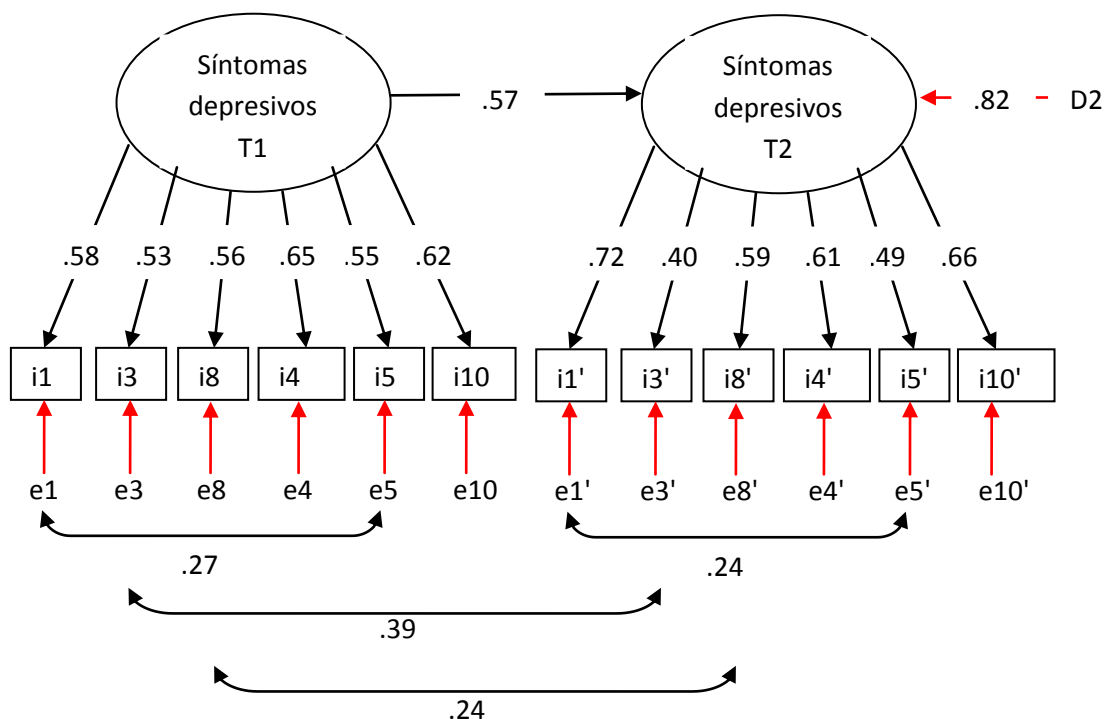


Figura 134: Modelo de ecuaciones estructurales de la relación entre los síntomas depresivos en la oleada 1 y los síntomas depresivos en la oleada 2 en los chicos.

A continuación , se ofrecen los resultados encontrados con la muestra de chicas, siguiendo el mismo procedimiento.

El modelo final del análisis factorial confirmatorio de la escala de síntomas depresivos en la oleada 1 en la muestra de chicas se detalla en la figura 135.

Tras los primeros análisis factoriales confirmatorios realizados con esta escala, tampoco se alcanzó un buen ajuste global y algunos indicadores presentaban una saturación muy baja. Tras estudiar los tests multiplicativos de Lagrange y eliminar los indicadores más débiles, se obtuvo un modelo con buen ajuste global similar al

encontrado en los chicos, pero que presenta además una relación entre los errores de medida del indicador 8 y del indicador 10.

Todos los indicadores presentan una relación positiva con la dimensión, destacando la saturación especialmente elevada del ítem 3. Un 43,1% de la varianza del ítem 3 es explicada por la dimensión de síntomas depresivos en la oleada 1 en la muestra de chicas. Por otra parte, señalamos que las ecuaciones de medida de cada uno de los indicadores son significativas y que todos los residuos estandarizados son muy reducidos. En cuanto a la relación entre los errores de medida de los ítems 1 y 5, y entre los errores de medida de los ítems 8 y 10, los datos señalan que resultan positivas y con un valor de 0,41 y de 0,21, respectivamente.

El ajuste global del modelo final modificado es bueno, puesto que el cociente entre el valor de χ^2 y los grados de libertad ($10,46/6= 1,74$) es inferior a 3, y que CFI (0,991), RMSEA (0,045) y el intervalo de confianza del 90% de RMSEA (0,000, 0,090) presentan valores adecuados.

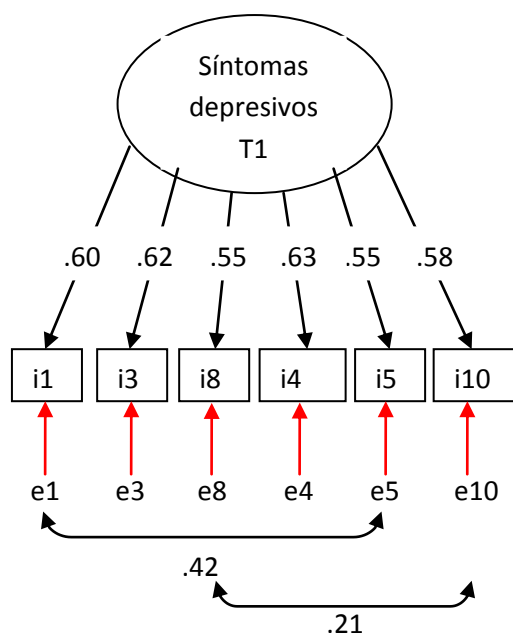


Figura 135: Análisis factorial confirmatorio de los síntomas depresivos en la oleada 1 en las chicas.

A continuación, en la figura 136, se muestra el modelo final del análisis factorial confirmatorio de la escala de síntomas depresivos en la oleada 2 en la muestra de chicas. Como en la escala de síntomas depresivos en la oleada 1, se eliminaron los indicadores más débiles y se relacionaron algunos errores de medida, sucesivamente, siguiendo los tests multiplicativos de Lagrange. El modelo que alcanzó buen ajuste es similar al encontrado en la oleada 1 en las chicas, pero con una relación entre los errores de medida de los ítems 3 y 4, en lugar de entre los errores de los ítems 8 y 10. Todos los indicadores presentan nuevamente una relación positiva con la dimensión, destacando la saturación especialmente elevada del ítem 4, cuya varianza es explicada en un 44,3% por la dimensión de síntomas depresivos en la oleada 2. Las ecuaciones de medida de cada uno de los indicadores fueron significativas y todos los residuos estandarizados se mostraron muy reducidos. Las relaciones entre los errores de medida fueron positivas.

Como se ha indicado, tras las modificaciones descritas, el ajuste global del modelo es bueno, presentando un cociente del valor de χ^2 entre los grados de libertad ($8,987/6 = 1,50$) inferior a 3. Además, CFI (0,994), RMSEA (0,038) y el intervalo de confianza del 90% de RMSEA (0,000, 0,085) presentan valores adecuados.

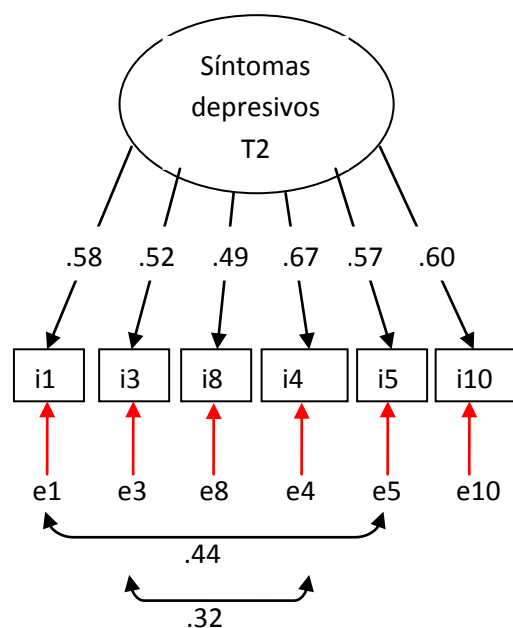


Figura 136: Análisis factorial confirmatorio de los síntomas depresivos en la oleada 2 en las chicas.

Para cerrar este apartado, se analiza el modelo de la relación entre los síntomas depresivos en la oleada 1 y los síntomas depresivos en la oleada 2 en la muestra de las chicas.

El modelo pone en relación las dimensiones de síntomas depresivos en la oleada 1 y en la oleada 2 que han alcanzado validez factorial (ver figura 137), con los mismos indicadores y las relaciones entre los errores de medida señaladas.

Los primeros análisis no ofrecían nuevamente un buen ajuste global del modelo, pero tras añadir sucesivamente las modificaciones indicadas por los tests multiplicativos de Lagrange se alcanzó este ajuste. Para ello, se pusieron en relación, en primer lugar, el error de medida del ítem 3 de la oleada 1 con el del ítem 3 de la oleada 2, en segundo lugar, el error de medida del ítem 8 de la oleada 1 con el del ítem 8 de la oleada 2, y finalmente, el error de medida del ítem 10 de la oleada 1 con el error de medida del ítem 10 de la oleada 2.

La relación entre ambas dimensiones es positiva (presentando un valor de 0,75). Los residuos estandarizados fueron reducidos y las ecuaciones de medida, significativas. Como se ha indicado, el ajuste global de modelo es bueno. La división del valor de χ^2 (82,72) entre los grados de libertad (44) es muy inferior a 3 (1,88), por lo que atendiendo a este resultado el modelo ajusta bien a los datos. Entre los estadísticos de ajuste comparativo, CFI presenta un valor de 0,969, superior a 0,95. RMSEA se encuentra por debajo de 0,08, con un valor de 0,050. El intervalo de confianza de RMSEA se encuentra entre 0,033 y 0,066. Atendiendo a estos índices de ajuste, el modelo propuesto de la relación causal de los síntomas depresivos en la oleada 1 y los síntomas depresivos en la oleada 2, se ajusta también a los datos de la muestra de chicas. Finalmente, la ecuación explicativa de los síntomas depresivos en la oleada 2 es: $de2 = 0,75 * de1 + 0,66D2$. El porcentaje de la varianza explicada de los síntomas depresivos en la oleada 2 ($de2$) por los síntomas depresivos en la oleada 1 ($de1$) es del 56,5%. Este porcentaje es muy superior al encontrado en los chicos (32,3%).

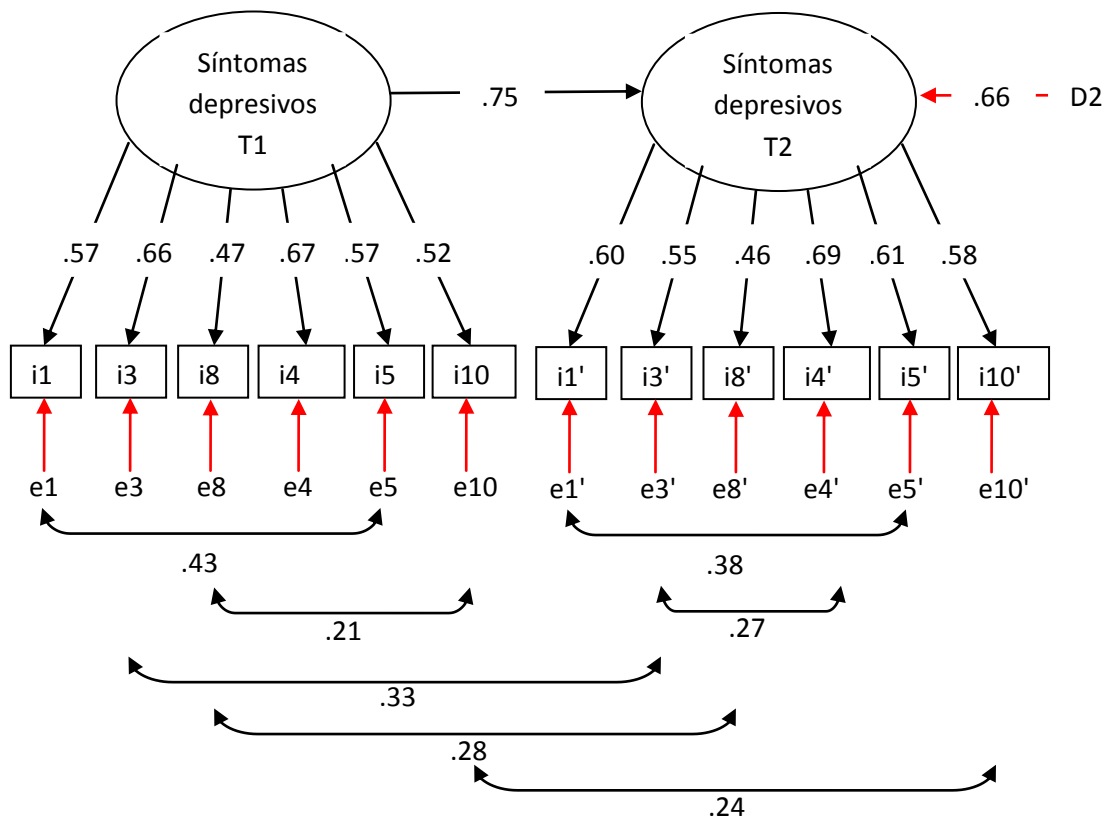


Figura 137: Modelo de ecuaciones estructurales de la relación entre los síntomas depresivos en la oleada 1 y los síntomas depresivos en la oleada 2 en las chicas.

Tras la realización de estos modelos de base, se trataron de diseñar modelos explicativos de los síntomas depresivos incorporando dimensiones explicativas, pero en ninguno de los casos se encontraron resultados significativos ni en los chicos ni en las chicas. En algunos casos, se encontró un mal ajuste del modelo global, y en otros casos la relación de los síntomas depresivos con las nuevas dimensiones no resultó significativa.

En cualquier caso, los modelos de partida en los que se establecen las relaciones entre los síntomas depresivos en la oleada 1 y los síntomas depresivos en la oleada 2 no resultaron muy satisfactorios, dadas las múltiples modificaciones que se tuvieron que realizar para alcanzar modelos con buen ajuste. Además de los ítems eliminados por la baja saturación con la dimensión, se han añadido muchas relaciones entre los errores de medida. Especial atención merecen las relaciones entre los errores de medida de ítems de dimensiones diferentes que reflejan medidas de oleadas diferentes. Tanto en el modelo de los chicos como en el de las chicas, varios indicadores son explicados además de por su dimensión por la relación con indicadores de otras dimensiones evaluadas en una oleada diferente.

Así pues, ante las dificultades encontradas tanto en la elaboración de los modelos de base, como en la inclusión de nuevas dimensiones, no se han podido llevar a cabo modelos explicativos válidos de los síntomas depresivos, como se hiciera respecto a la satisfacción vital.

3.3.8. Resumen de los resultados encontrados en los modelos de ecuaciones estructurales de la satisfacción vital

En primer lugar, se comprobó la validez factorial de las medidas de satisfacción vital en cada una de las oleadas, tanto en las chicas como en los chicos. Tras obtener resultados satisfactorios en los análisis factoriales confirmatorios, comenzamos presentado, en los chicos y en las chicas, un modelo en el que la SV1 se relacionaba de forma causal con la SV2. Este modelo explicaba hasta el 20,2% de la SV2 en los chicos, y el 28,4% de la SV2 en las chicas. Este resultado nos muestra que el poder predictor de la SV1 sobre la SV2 es muy superior en las chicas.

A continuación, los siguientes modelos presentados, en la chicas y en los chicos, fueron incluyendo dimensiones de la oleada 1 a este modelo original, de manera que la dimensión agregada se relacionaba de forma causal con la SV2, y de forma bidireccional con la SV1 (dado que fue también evaluada en la oleada 1).

En los primeros modelos de ecuaciones estructurales hemos encontrado que una buena relación con la madre y con el padre explica una mayor satisfacción vital tanto en los chicos como en las chicas. En los chicos, el modelo explicativo de la SV2 en base a la SV1 y la calidad en la relación con el padre resulta algo más predictivo que el modelo de la calidad en la relación con la madre (un 23,2% de la varianza explicada frente a un 22,6%). En las chicas, en cambio, el modelo explicativo de la SV2 en base a la SV1 y la calidad en la relación con la madre resulta más predictivo de la SV2 que el modelo con la calidad en la relación con el padre (31,1% de la varianza frente al 29,7%). También destacamos que la relación con el padre tiene un mayor poder predictivo de la SV2 en los chicos que en las chicas (en los chicos añade un 3% de varianza sobre lo explicado por la SV1, frente a un 1,3% en las chicas).

Posteriormente, se llevaron a cabo un par de modelos con la autoestima como dimensión que se incorpora en la relación entre SV1 y SV2. Una mayor autoestima predice una mayor satisfacción vital tanto en las chicas como en los chicos. Si el modelo realizado en los chicos explica un 4,8% más que el modelo inicial, en las chicas este porcentaje es casi el doble (9,5%). Esto nos evidencia el especial poder predictivo que presenta la autoestima en la satisfacción vital de las chicas.

Con algunas variables académicas se construyeron un par de modelos predictivos de la SV2 en los chicos y en las chicas. Un buen ajuste escolar, caracterizado por una mayor satisfacción escolar, un mayor rendimiento académico percibido y una menor presión escolar predicen una mayor satisfacción vital tanto en las chicas como en los chicos. En los chicos además una mayor frecuencia de acoso escolar sufrido y un mayor sentimiento de exclusión escolar predicen una menor satisfacción vital. En los chicos, el ajuste escolar y la experiencia de exclusión añaden un 6,1% de varianza explicada de la SV2 (teniendo en cuenta lo explicado por la SV1 en el modelo inicial con la muestra de chicos). En las chicas, el ajuste escolar añade un 2,7% en la predicción de la SV2, a partir del modelo inicial. Así pues, las variables académicas parecen tener mayor peso explicativo en la muestra de chicos adolescentes.

En los chicos fueron contruidos un par de modelos añadiendo diferentes estilos de respuestas ante las emociones negativas o positivas. Un mayor uso de la distracción

ante la experiencia de emociones negativas y un mayor uso de la autoatribución de emociones positivas predicen una mayor satisfacción vital en los chicos. La distracción añade un 8,8% de varianza explicada, mientras que la autoatribución sólo un 1,7%. La distracción se postula así como un importante predictor de la satisfacción vital en los chicos.

Finalmente, en las chicas se elaboró un modelo con los hábitos de sueño como dimensión explicativa de la satisfacción vital. Este modelo supone que acostarse más tarde entre semana, acostarse más tarde en el fin de semana y levantarse más tarde en el fin de semana predicen una menor satisfacción vital en las chicas. Esta dimensión añade un 2% de varianza explicada al modelo SV1-> SV2 en las chicas.

En la tabla 139 se resumen los valores β de las relaciones que presentan las dimensiones incorporadas con la SV2, tanto en los chicos como en las chicas.

Tabla 139: Valores β de la relación de cada dimensión explicativa con la SV2 en los modelos de ecuaciones estructurales con buen ajuste.

Dimensión	β	
	Chicos	Chicas
SV1	0,45	0,53
Calidad en la relación con la madre	0,16	0,16
Calidad en la relación con el padre	0,19	0,12
Autoestima	0,32	0,40
Ajuste escolar	0,22	0,18
Exclusión	-0,19	
Distracción	0,27	
Autoatribución	0,13	
Hábitos de Sueño		-0,15

4. RESUMEN DE HALLAZGOS

4. RESUMEN DE HALLAZGOS

En esta sección presentaremos los resultados más destacables de este trabajo de investigación. Está organizada en tres partes, correspondientes a los tres objetivos y a las tres partes en que se divide el apartado de resultados. De esta manera, comenzaremos presentando los principales hallazgos sobre los cambios que se producen en la satisfacción vital y en la sintomatología depresiva, analizando las diferencias en edad, sexo o curso que se hayan encontrado. En segundo lugar, mostraremos qué factores se han mostrado como predictores de la satisfacción vital y de los síntomas depresivos, a la luz de los resultados encontrados tras los análisis de varianza. Y finalmente, se presentarán las conclusiones relativas a los modelos explicativos de la satisfacción vital y de los síntomas depresivos que mostraron un buen ajuste en los resultados comentados.

En referencia a los cambios en la satisfacción vital a lo largo de la adolescencia, los resultados nos mostraron que, entre la oleada 1 y la oleada 2 del estudio, se ha producido un descenso significativo en las puntuaciones, con independencia del sexo, la edad y el curso estudiado. Así, parece que los estudiantes van encontrándose menos satisfechos con sus vidas en la adolescencia, al menos en esta muestra y tras un seguimiento de un año. Además, se han encontrado diferencias significativas en los niveles de satisfacción vital según la edad. Se ha encontrado que los grupos de mayor edad presentan una menor satisfacción vital que los grupos de menor edad. Por otra parte, el sexo interacciona con el curso académico para explicar los niveles de satisfacción vital. De esta manera, entre los adolescentes que fueron evaluados inicialmente en 1º de ESO, los resultados señalan que las chicas comienzan el estudio estando más satisfechas con sus vidas que los chicos, pero experimentan un descenso en la segunda oleada hasta que las puntuaciones se igualan. En cambio, entre los adolescentes que fueron evaluados inicialmente en 2º de ESO, los chicos se encuentran más satisfechos con sus vidas que las chicas en ambas oleadas del estudio, experimentando además las chicas un descenso al final del estudio.

También se han encontrado cambios significativos en los síntomas depresivos entre las dos oleadas de este estudio longitudinal. Los síntomas depresivos

experimentan un incremento en esta muestra adolescente, tras un año de seguimiento, tanto en chicas como en chicos, con independencia del curso estudiado. Además, y de manera muy destacada, se han encontrado diferencias de género en las medias en síntomas depresivos. Los análisis señalaron que las chicas presentan una media superior en síntomas depresivos que los chicos, en ambas oleadas del estudio. Así, si bien tanto las chicas como los chicos experimentan un incremento en los síntomas depresivos, las chicas adolescentes estudiadas siempre parten y concluyen con una media superior a la de los chicos. Finalmente, como se concluyera respecto a la satisfacción vital, la interacción entre el sexo y el curso explica los niveles de síntomas depresivos también. Si bien los chicos que fueron evaluados inicialmente en 1º de ESO presentan más síntomas depresivos que los que fueron evaluados inicialmente en 2º de ESO, en las chicas se encuentra lo opuesto. Es decir, las chicas evaluadas inicialmente en 2º de ESO presentan más síntomas que las que comenzaron el estudio en 1º de ESO. Además, el incremento más destacable en los síntomas depresivos entre la oleada 1 y la oleada 2 se produce en las chicas que inicialmente estaban en 2º de ESO.

Por otro lado, los resultados nos permiten mantener que los cambios que se producen en los niveles de satisfacción vital entre la oleada 1 y la oleada 2 del estudio, interaccionan con los cambios que se producen en los síntomas depresivos, aunque sólo en las chicas. De esta manera, las fluctuaciones en estas medidas de bienestar psicológico parecen estar asociadas en el caso de las chicas.

Hasta ahora hemos concluido que: 1) entre una oleada y otra se ha producido un descenso en los niveles de satisfacción vital y un incremento en los niveles de síntomas depresivos, 2) los adolescentes de mayor edad se encuentran menos satisfechos con sus vidas, 3) las chicas presentan más síntomas depresivos que los chicos, 4) el sexo y el curso presentan una interacción significativa que explica tanto los niveles de satisfacción vital como los de síntomas depresivos, y 5) los cambios en la satisfacción vital interaccionan con los cambios en los síntomas depresivos en las chicas adolescentes.

A continuación, presentamos los principales hallazgos relativos a los factores que han mostrado predecir de forma significativa los niveles de satisfacción vital y los niveles de síntomas depresivos durante la adolescencia, en la muestra estudiada.

Tras el estudio del efecto de las variables de tipo sociocultural y socioeconómico, podemos concluir que los adolescentes cuyos padres tienen mayor formación son los que están más satisfechos con sus vidas. Además, en las chicas se ha observado que: a) aquéllas cuyas madres son amas de casa o tienen un nivel profesional de técnico de grado superior son las más satisfechas, y b) aquéllas que no tienen creencias religiosas están menos satisfechas con sus vidas que aquéllas que las tienen. Respecto a los niveles de sintomatología depresiva, hemos constatado que las chicas con padres con una menor formación académica son las que presentan más síntomas depresivos.

Respecto a la calidad en las relaciones familiares, se ha observado que los adolescentes que mejor se llevan con su padre y con su madre, que pueden contar con su apoyo en cuestiones escolares, y que realizan frecuentemente actividades en común los fines de semana, son los más satisfechos con su vida y los que presentan menos síntomas depresivos. En relación a los niveles de satisfacción vital, tenemos que apuntar que estos factores tienen un mayor poder explicativo en las chicas. Respecto a los síntomas depresivos, destacamos que en las chicas resultan de especial relevancia la calidad en la relación con la madre y las actividades en familia en el fin de semana, mientras que en los chicos destacan como factores más relevantes la calidad en la relación con el padre y el apoyo en cuestiones escolares. De esta manera se ha constatado que unas mejores relaciones familiares conllevan una mayor satisfacción vital y una menor sintomatología depresiva.

Cuando analizamos la estructura familiar, nuestros datos nos permiten sostener que los chicos y las chicas que viven con su padre y con su madre son, en general, los que presentan una mayor satisfacción vital.

A partir de los resultados encontrados con las variables de ámbito escolar, se ha observado que los adolescentes más satisfechos con su vida y que presentan menos

síntomas depresivos son aquéllos y aquéllas a los que más les gusta la escuela, que perciben su rendimiento como muy bueno y que no se sienten presionados escolarmente. Por otro lado, podemos mantener que los y las adolescentes que se sienten excluidos en el instituto y que sufren acoso por parte de sus compañeros o compañeras, presentan una menor satisfacción vital y una mayor sintomatología depresiva. Con respecto a los síntomas depresivos, estas variables escolares presentan un mayor poder explicativo en los chicos. En las chicas además señalamos, por un lado, que aquéllas que quieren continuar sus estudios haciendo el bachillerato son las más satisfechas con su vida y, por otro lado, que aquéllas que nunca han ejercido acoso escolar son las más satisfechas con su vida y las que menos síntomas depresivos presentan. Así, podemos concluir que los adolescentes que presentan un mejor ajuste escolar son los que se encuentran más satisfechos con su vida y los que presentan menos síntomas depresivos.

La calidad en la relación con los iguales también resulta de especial importancia en la satisfacción vital y en los síntomas depresivos de los adolescentes. Con los datos de este estudio, podemos mantener que los adolescentes que tienen más amigos y les resulta más fácil hacerlos son los que se encuentran más satisfechos con su vida. Por otro lado, respecto a los síntomas depresivos, se ha constatado que los adolescentes que presentan una mayor dificultad para hacer amigos también son los que presentan más síntomas depresivos, siendo esta variable especialmente explicativa en los chicos. También hallamos que aquellos chicos que tienen más amigos son los que presentan menos síntomas depresivos. Finalmente, podemos sostener que los chicos que pasan más tardes a la semana con sus amigos y las chicas que presentan más resistencia a la presión grupal son los que presentan tanto una mayor satisfacción vital como una menor sintomatología depresiva. Así, también una mejor relación con los iguales y un cierto grado de autonomía respecto a ellos conlleva una mayor satisfacción con la vida y una menor presencia de síntomas depresivos.

Con referencia a la actividad físico-deportiva, concluimos que las chicas adolescentes que realizan más actividad física y más deporte son las que presentan una mayor satisfacción vital. En cambio, en los chicos se ha encontrado que aquéllos que practican deporte más frecuentemente presentan menos síntomas depresivos. Podemos

concluir así que las variables de actividad físico-deportiva presentan su efecto sobre la satisfacción vital en las chicas, y sobre los síntomas depresivos en los chicos.

El consumo de sustancias es un área de especial importancia en la satisfacción vital y en los síntomas depresivos de las chicas. Las chicas menos satisfechas con su vida y que tienen más síntomas depresivos son aquellas con un mayor consumo de cerveza, vino y licores, que se embriagan con más frecuencia, y que consumen cannabis más frecuentemente. Además, encontramos que las chicas con un mayor consumo de tabaco son las que se encuentran menos satisfechas con su vida, y que aquellas que consumen más alcohol en el botellón son las que se sienten más deprimidas. Finalmente, en los chicos, un mayor consumo de cerveza conlleva menores niveles de satisfacción vital y de síntomas depresivos, por un lado, y un mayor consumo de vino conlleva una menor satisfacción vital, por otro lado.

Se han encontrado resultados de enorme interés sobre la importancia de los hábitos de sueño en la satisfacción vital y en los síntomas depresivos de los adolescentes. Comenzaremos repasando primeramente los resultados respecto a la satisfacción vital. Los resultados encontrados respecto a los hábitos de sueño nos permiten concluir que los adolescentes que se acuestan más tarde en el fin de semana y que se despiertan cansados frecuentemente son los que presentan una menor satisfacción vital. Además, específicamente en las chicas se ha encontrado que aquellas que se levantan más tarde los fines de semana, que se acuestan más tarde entre semana y que duermen menos horas entre semana, se encuentran menos satisfechas con su vida. Con referencia a los síntomas depresivos, presentan un efecto especialmente destacable los hábitos en el fin de semana. Y es que los chicos y las chicas que duermen menos en el fin de semana son los que presentan más síntomas depresivos. La hora de acostarse presenta un efecto significativo sobre los síntomas depresivos en los chicos, mientras que en las chicas afecta la hora de levantarse. Así, los chicos que se acuestan más tarde en el fin de semana y las chicas que se levantan más tarde en el fin de semana son los que se encuentran más deprimidos. Por otra parte, el cansancio matinal resulta un factor con efecto significativo sobre la depresión sólo en las chicas, de manera que aquellas que con más frecuencia se levantan cansadas son las que presentan más síntomas.

Tras lo comentado en los anteriores párrafos podemos concluir que estilos de vida más saludables, caracterizados por una mayor práctica de actividad físico-deportiva, un menor consumo de sustancias y por mejores hábitos de sueño, conllevan una mayor satisfacción con la vida y una menor depresión.

Las dos variables que presentaron un mayor porcentaje de varianza explicada de los síntomas depresivos y de la satisfacción vital en los chicos y en las chicas fueron la autoestima y la satisfacción corporal. Una mayor autoestima y una mayor satisfacción corporal conllevan una mayor satisfacción vital y menos síntomas depresivos tanto en chicos como en chicas. Especialmente destacable es el porcentaje de la varianza explicada de los síntomas depresivos y de la satisfacción vital que tiene la autoestima en las chicas.

Con referencia a las respuestas que los adolescentes dan ante las emociones negativas, podemos concluir que los adolescentes que rumian más y se distraen menos ante las emociones negativas son los que presentan más síntomas depresivos. Estos factores son especialmente significativos en las chicas. Por otra parte, los adolescentes que se distraen más en presencia de emociones negativas son los más satisfechos con sus vidas, encontrándose también un mayor poder explicativo de esta variable en las chicas. En cambio, una mayor rumiación de emociones negativas sólo conlleva una menor satisfacción vital en los chicos.

Sobre las respuestas que dan los adolescentes ante las emociones positivas, podemos concluir, tanto en chicos como en chicas, que aquellos adolescentes que más saborean y más se atribuyen a sí mismos las emociones positivas, y que menos las inhiben, se encuentran más satisfechos con sus vidas y presentan menos síntomas depresivos. Destacamos además que la inhibición de emociones positivas presenta un mayor porcentaje de la varianza explicada de los síntomas depresivos en las chicas.

En relación a la habilidad para regular las emociones o inteligencia emocional, nuestros resultados apoyan la idea de que los y las adolescentes que perciben con más claridad sus emociones y que tienen una mayor habilidad para repararlas son los/las que presentan una mayor satisfacción con su vida y menos síntomas depresivos. Además,

en las chicas tenemos que añadir que aquéllas que prestan mucha atención a sus emociones presentan más sintomatología depresiva.

Resumiendo los últimos hallazgos señalados, una mayor inteligencia emocional y un estilo de respuesta más adaptativo ante las emociones negativas y positivas, conllevan menos síntomas depresivos y más satisfacción vital en la adolescencia.

Por otro lado, nuestros datos apoyan la idea de que tanto los chicos como las chicas adolescentes con una mayor salud percibida presentan una mayor satisfacción vital, además de menos síntomas depresivos. Finalmente, nuestros datos mantienen que aquellos chicos con un mayor IMC presentan más síntomas depresivos.

Cuando analizamos y comparamos el porcentaje de varianza explicada de cada uno de los factores significativos de la satisfacción vital y de los síntomas depresivos, en los chicos y en las chicas, nos encontramos con resultados de enorme interés, haciendo mención a los factores más relevantes.

Sobre la satisfacción vital, podemos concluir que tanto en chicas como en chicos, la autoestima, la satisfacción corporal, la calidad en la relación con el padre, la frecuencia de actividades en familia en el fin de semana, la autoatribución de emociones positivas y la habilidad de reparación emocional, son las variables que mayor poder explicativo presentan. En las chicas, además, resulta de elevada importancia en la satisfacción vital la calidad en la relación con la madre y la capacidad de distracción ante las emociones negativas.

En relación a los síntomas depresivos, nuestros datos apoyan la idea de que, tanto en las chicas como en los chicos, la autoestima, la satisfacción corporal, la facilidad para hacer amigos, el sentimiento de exclusión escolar, la autoatribución de emociones positivas y la habilidad de reparación emocional, son los factores más explicativos. En las chicas, la frecuencia de inhibición de emociones positivas, la calidad en la relación con la madre y las actividades en familia en el fin de semana también son factores con un efecto muy relevante sobre los síntomas depresivos. Por otra parte, en los chicos, el número de buenos amigos, el acoso escolar sufrido y la

calidad en la relación con el padre son variables que también presentan un alto porcentaje de la varianza explicada.

Tras mostrar las conclusiones sobre los factores con efecto significativo sobre la satisfacción vital y sobre los síntomas depresivos, es de resaltar que: a) Un mayor nivel de estudios del padre, unas mejores relaciones familiares, una mejor adaptación escolar, una mejor relación con los iguales, una mayor práctica de actividad físico-deportiva, un menor consumo de sustancias, unos hábitos de sueño más saludables, una mayor autoestima y una mayor satisfacción corporal, unas respuestas ante las emociones negativas y positivas más adaptativas, una mayor inteligencia emocional, y una mayor salud percibida, caracterizan tanto a los adolescentes más satisfechos con sus vidas como a los adolescentes con menos síntomas depresivos; b) un mayor nivel profesional de la madre o ser ama de casa, y tener creencias religiosas conlleva por lo general una mayor satisfacción vital en las chicas; c) tener mejores hábitos de sueño en el fin de semana tiende a conllevar una menor sintomatología depresiva en los chicos y las chicas, mientras que los chicos con un elevado IMC tienden a presentar una mayor sintomatología; d) entre los factores asociados más relevantes de la satisfacción vital y de los síntomas depresivos tanto en chicos como en chicas podemos destacar la autoestima, la satisfacción corporal, la autoatribución de emociones positivas y la habilidad de reparación emocional; y e) se encuentran diferencias de género tanto en los factores asociados como en el poder explicativo respecto a la satisfacción vital y los síntomas depresivos, presentando las chicas un mayor número de factores significativamente asociados y un mayor poder explicativo en los mismos.

En el último apartado de estas conclusiones, pondremos nuestro foco de atención en los resultados hallados en los modelos de ecuaciones estructurales realizados con los datos longitudinales.

A partir de elementos teóricos presentados en la revisión bibliográfica, y tras los pertinentes cálculos preliminares, se han ido poniendo a prueba varios modelos predictivos de la satisfacción vital en la muestra de chicos y en la muestra de chicas por separado. En todos estos modelos, se ha establecido la relación causal entre la satisfacción vital en la oleada 1 y la satisfacción vital en la oleada 2 -relación que ya

supuso un modelo con buen ajuste estadístico-, y se ha añadido una dimensión explicativa con variables de la oleada 1, en cada uno de los sexos, que han mantenido una relación bidireccional con la satisfacción vital en la oleada 1 y causal con la satisfacción vital en la oleada 2.

En los primeros modelos presentados, se ha encontrado que una buena relación con la madre predice una mayor satisfacción vital tanto en las chicas como en los chicos. Los siguientes modelos explicativos han mostrado que una buena relación con el padre también predice una mayor satisfacción vital tanto en las chicas como en los chicos. A la luz de estos modelos, hemos constatado que en las chicas resulta más predictiva de la satisfacción vital la calidad de la relación con la madre, mientras que en los chicos resulta más predictiva la calidad de la relación con el padre. Merece destacarse también que la calidad de la relación con el padre es un predictor más fuerte de la satisfacción vital en los chicos que en las chicas.

Los siguientes modelos han mostrado que una mayor autoestima predice una mayor satisfacción vital tanto en las chicas como en los chicos, si bien esta dimensión resulta de especial importancia en la muestra de chicas. Con las variables escolares se han construido un par de modelos también, uno para los chicos y otro para las chicas. En los chicos hemos encontrado que un mejor ajuste escolar (caracterizado por una mayor satisfacción escolar, un mayor rendimiento académico percibido y una menor sensación de presión escolar) y una menor experiencia de exclusión (caracterizada por una menor frecuencia de acoso escolar sufrido y un menor sentimiento de exclusión escolar) predicen una mayor satisfacción vital. Por otra parte, en las chicas, se ha encontrado que un mejor ajuste escolar (caracterizado por una mayor satisfacción escolar, un mayor rendimiento académico percibido y una menor sensación de presión escolar) predice una mayor satisfacción vital. Los resultados sugieren que las variables escolares resultan especialmente predictivas en la muestra de chicos.

En los chicos, se han construido un par de modelos en los que, de forma separada, se halló que una mayor frecuencia de la distracción ante la experiencia de emociones negativas, por un lado, y una mayor frecuencia de la atribución interna o autoatribución ante la experiencia de emociones positivas, por otro lado, predicen una

mayor satisfacción vital. De especial relevancia resulta el poder predictor que presenta la dimensión de distracción ante las emociones negativas.

En las chicas, se ha elaborado un modelo explicativo de la satisfacción vital a partir de los hábitos de sueño, y se ha encontrado que acostarse más tarde en el fin de semana, acostarse más tarde entre semana y levantarse más tarde en el fin de semana predicen una menor satisfacción con la vida.

Respecto a los modelos explicativos de los síntomas depresivos, se han encontrado diversas dificultades tanto en los análisis factoriales confirmatorios y en la elaboración de los modelos de base, como en la inclusión de nuevas dimensiones en modelos explicativos. Por un lado, varios ítems de la escala de síntomas depresivos han presentado una saturación muy débil. Por otro lado, tras la eliminación de los ítems con menor saturación, un buen ajuste en el análisis factorial confirmatorio sólo fue alcanzado tras relacionar varios errores de medida de los indicadores. Y finalmente, cuando se relacionaron las dimensiones de síntomas depresivos de ambas oleadas el modelo tampoco presentaba buen ajuste. Para lograr este ajuste, ha sido necesario relacionar errores de medida de ítems de dimensiones diferentes, evaluadas en oleadas diferentes. En todo caso, tras la realización de todas estas modificaciones, la inclusión de nuevas dimensiones explicativas en el modelo no ha permitido construir modelos válidos, ya sea porque no han presentado un buen ajuste global o porque la relación de esta dimensión con los síntomas depresivos no ha resultado significativa. Por ello, no se han podido llevar a cabo modelos explicativos válidos de los síntomas depresivos, como se hiciera respecto a la satisfacción vital.

A modo de resumen, podemos decir que, en la misma línea que los resultados mostrados anteriormente en los análisis de varianza, los modelos realizados nos permiten mantener que una mejor relación con el padre y con la madre, una mayor autoestima y un mejor ajuste escolar predicen una mayor satisfacción vital tanto en las chicas como en los chicos. En los chicos, además, se ha encontrado que una menor experiencia de exclusión y acoso escolar, una mayor distracción ante las emociones negativas y una mayor autoatribución ante las emociones positivas predicen una mayor satisfacción la vida. Por otro lado, en las chicas, acostarse más tarde entre semana y en

el fin de semana, además de levantarse más tarde en el fin de semana, predicen una menor satisfacción vital.

5. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS Y DISCUSIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

5. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS Y DISCUSIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Entre las medidas de la oleada 1 y de la oleada 2 se ha observado un ligero descenso en las puntuaciones en satisfacción vital, con independencia del curso, edad o sexo. Por otra parte, los resultados han mostrado, en ambas oleadas, que los grupos de mayor edad presentaron menores niveles de satisfacción vital. Esta misma idea es sostenida por Proctor et al. (2009) que revisan los resultados encontrados en diversas culturas, como EE. UU. (Suldo y Huebner, 2004), Israel (Ullman y Tatar, 2001), Corea del Sur (Park, 2005) y China (Chang et al., 2003). En todo caso, el presente estudio tan sólo implica un seguimiento de un año en la adolescencia y no podemos asegurar esta misma tendencia a lo largo de toda la adolescencia. Tampoco los grupos de edad recogen todos los grupos de edad que componen la adolescencia, sino que nuestro estudio se centra en el seguimiento de los estudiantes andaluces de primer ciclo de secundaria (13 y 14 años, especialmente), siendo los alumnos de mayor edad repetidores. Al tratarse de un estudio longitudinal simple, realizado en el contexto sociocultural andaluz y en el peculiar momento histórico actual, no hay que excluir que existan variables contextuales que hayan contribuido a predecir ese descenso de la satisfacción vital en los sujetos en dicho período (un año), más allá de la dificultad que pueda entrañar los retos de transición a la adultez en la mayoría de las sociedades contemporáneas. Expresado en otros términos, este descenso en la satisfacción vital no es necesariamente un rasgo de la adolescencia per se, sino que puede deberse a características comunes a muchos países en la actualidad o bien específicas del contexto andaluz y español. En otros estudios no se ha encontrado esta relación entre edad y satisfacción vital en la adolescencia (Gilman y Huebner, 2003), ya sea con una muestra de adolescentes americanos (Gilman et al., 2000) o bien con australianos (Bearsley y Cummins, 1999).

En el presente estudio se han encontrado diferencias de género que interaccionan con el curso académico, de manera que las chicas que comienzan el estudio en 1º de ESO se encontraban más satisfechas con su vida que los chicos, pero sufren un descenso en el seguimiento hasta presentar una satisfacción menor que los chicos. En la muestra de 2º de ESO ya las chicas presentan una menor satisfacción vital que los chicos, que

continúa siendo inferior a la de ellos tras el seguimiento. Así, los resultados parecen indicarnos que las chicas presentan una menor satisfacción vital que los chicos, y que esta diferencia aparece a partir de 2º de ESO. Quizás las chicas en 2º de ESO sufren más cambios que afecten a su satisfacción vital, en comparación con los chicos. Estos resultados sobre diferencias de género en satisfacción vital encajan con lo mostrado por Neto (1993) y Verkuyten (1986) con estudiantes portugueses y turcos, respectivamente. También van en la misma línea los datos del estudio HBSC (WHO, 2012) respecto a España, que señalan que en el segmento de edad de 15 años ya se detectan las diferencias de género en satisfacción vital, no existentes a los 11 años de edad. Otros estudios, realizados en EE. UU y Australia., en cambio, no han encontrado diferencias de género en la satisfacción vital (Bearsley y Cummins, 1999; Gilman y Huebner, 2003; Gilman et al., 2000).

Si bien hemos encontrado que se produce un descenso en los niveles de satisfacción vital entre la oleada 1 y la oleada 2, también se ha hallado un incremento en los síntomas depresivos, con independencia del sexo, curso o edad. En la línea de otros estudios, como el de Costello et al. (2003) se produce un incremento en los síntomas depresivos a lo largo de la adolescencia. Otros estudios longitudinales han encontrado que la edad cumbre de inicio de la depresión tiene lugar durante la adolescencia media, aproximadamente entre los 13-15 años (Lewinsohn y Essau, 2002), justamente las edades analizadas en nuestro estudio. Este dato es de particular relevancia, dado el elevado riesgo que supone de depresión en posteriores etapas del ciclo vital (Kim-Cohen et al., 2003; Lewinsohn et al., 1999) y del alto riesgo de recurrencia (Rao et al., 1995; Rao et al., 1999). Otros estudios, en cambio, no encuentran continuidad de la depresión en otras etapas del ciclo vital, sugiriendo que los factores implicados en su aparición pueden ser diferentes según la etapa vital (Shanahan et al., 2011). En todo caso, nuestras conclusiones no pueden extenderse a toda la adolescencia, dado que este incremento en los síntomas tan sólo puede mantenerse respecto al seguimiento de un año que hemos llevado a cabo. Por otra parte, al igual que se ha señalado al comentar el descenso de la satisfacción vital entre el tiempo 1 y el tiempo 2, no hay que excluir la posibilidad de que este incremento de los síntomas depresivos en este período esté, al menos en parte, provocado por factores contextuales específicos del momento sociohistórico actual.

En el presente estudio se han encontrado además claras diferencias entre chicos y chicas en los niveles de síntomas depresivos. Así, los resultados señalaron que las chicas presentan más síntomas depresivos que los chicos. Por otra parte, nuestros datos señalan que las chicas que comienzan el estudio en 2º de ESO presentan más síntomas que las que comienzan en 1º de ESO, y que aquellas de 2º son las que sufren un mayor incremento en el seguimiento un año después. Estos datos cuadran perfectamente con lo indicado por Hilt y Nolen-Hoeksema (2008). Estas autoras indicaron que, si bien antes de los 13 años, los chicos y las chicas presentan índices de síntomas similares, entre los 13 y los 15 años, la presencia de síntomas depresivos en las chicas se incrementa, mientras que en los chicos se mantiene (Galambos et al., 2004; Twenge y Nolen-Hoeksema, 2002). Un estudio longitudinal de Ge et al. (1994) halló que las diferencias de género aparecen después de los 13 años, mientras que otro estudio longitudinal de Hankin et al. (1998) encontró que esta tendencia no estaba presente hasta los 15 años de edad. Un reciente meta-análisis también ha encontrado una mayor prevalencia de depresión desde los 13 a los 18 años en las chicas (Costello et al., 2006).

Otro resultado de enorme interés en este trabajo es que los cambios en los niveles de satisfacción vital y los cambios en los síntomas depresivos se encuentran en interacción, aunque sólo en las chicas. Este dato está en la línea de lo señalado por Gilman y Huebner (2006), que destacan la asociación entre la satisfacción vital y problemas psicopatológicos como la depresión en los adolescentes. Y es que la depresión durante la adolescencia se ha asociado de manera consistente con diferentes consecuencias negativas, tanto en la adolescencia como en la adultez (Franko et al., 2005; Gotlib et al., 1998; Kessler y Walters, 1998; Rao et al., 1995; Reinherz et al., 1993). Dadas las diferencias de género encontradas en los síntomas depresivos, es esperable encontrar más consecuencias negativas en las chicas.

A continuación, pasamos a discutir las conclusiones presentadas respecto a los factores explicativos de la satisfacción vital y de la sintomatología depresiva en la adolescencia. Comenzaremos con las conclusiones relativas a los factores explicativos de la satisfacción vital.

Los adolescentes cuyos padres tienen mayor formación académica son los que están más satisfechos con su vida. Estos datos cuadran con lo señalado por Ross (2002), que destaca que un bajo nivel educativo en los padres se asocia con un menor bienestar en los adolescentes. En las chicas se ha encontrado, además, que aquellas cuyas madres son amas de casa o tienen un nivel profesional de técnico de grado superior son las más satisfechas con sus vidas. A este respecto, también Ross (2002) indicó que algunas características del trabajo, como el acceso a la familia y horarios flexibles, pueden tener más efectos sobre el bienestar de los adolescentes que las categorías de trabajo. Este acceso a la familia y la flexibilidad de horarios puede ser mayor en las madres amas de casa y en las madres con una profesión de grado superior que en otras madres con otro nivel profesional.

Respecto a las creencias religiosas, nuestros datos señalan, en general, que las chicas que no tienen creencias religiosas están menos satisfechas con sus vidas que aquéllas que sí las tienen. Este resultado se corresponde con lo indicado por Marques et al. (2013) que señalan la relevancia de la espiritualidad (más que la práctica religiosa) en la satisfacción vital, y con los resultados de Sabatier et al. (2011) en varios países con diferente grado de religiosidad general.

Los análisis efectuados con los datos del estudio parecen resaltar de manera clara la importancia de las relaciones familiares tanto en la satisfacción vital como en los síntomas depresivos durante la adolescencia. Los análisis bivariantes nos muestran que una buenas relaciones familiares conllevan una mayor satisfacción vital y una menor presencia de síntomas depresivos, tanto en los chicos como en las chicas. En concreto, nuestros resultados señalan que una mejor calidad en la relación con la madre, una mejor calidad en la relación con el padre, mayor frecuencia de actividades en familia en el fin de semana y un mayor apoyo parental en cuestiones escolares, predicen una mayor satisfacción vital y una menor sintomatología depresiva. Los modelos de ecuaciones estructurales han constatado además que una mayor calidad en la relación con la madre y con el padre predicen una mayor satisfacción vital, tanto en los chicos como en las chicas. Y estos resultados están en la línea de los estudios de Oberle et al. (2011) y Young et al. (1995), que señalan que el apoyo parental percibido predice la satisfacción vital de los adolescentes; de Schwartz et al. (2012), que destacan la

importancia universal del apoyo y la calidez parental en la satisfacción vital de los adolescentes; y de Siddall et al. (2013), que mostraron que la implicación parental en cuestiones escolares resulta relevante en la satisfacción vital de los adolescentes. Estos resultados se han encontrado además en muestras de adolescentes en Hungría (Piko y Hamvai, 2010), España (López et al., 2008), México (Edwards y Lopez, 2006), Hong Kong (Chang et al., 2003), Finlandia (Rask et al., 2003), Croacia (Rabotej-Saric et al., 2009) y Escocia (Levin y Currie, 2010), entre otros estudios.

Los resultados de los análisis de varianza señalan, además, que las relaciones familiares presentan un mayor poder explicativo en la satisfacción vital de las chicas. Los modelos de ecuaciones estructurales subrayan que en los chicos es un predictor más fuerte la calidad en la relación con el padre, mientras que en las chicas lo es la calidad en la relación con la madre. Además, los modelos han mostrado que la calidad en la relación con el padre es un predictor de la satisfacción vital más fuerte en los chicos que en las chicas. Entre los trabajos que hemos revisado, encontramos, por un lado, que Piko y Hamvai (2010) mostraron la importancia del apoyo parental y las actividades en común en la satisfacción vital de los chicos, y la importancia de la aceptación de los valores parentales en las chicas, mientras que Flouri y Buchanan (2002) mostraron cómo la baja implicación del padre contribuía a una menor satisfacción en los chicos, y Levin y Currie (2010) señalaron que la comunicación con la madre resultó de especial relevancia especialmente en las chicas. Por otro lado, Young et al. (1995) indicaron que las relaciones familiares eran igualmente importantes en chicos que en chicas. Otros estudios sugieren que las características de los padres son más importantes que las de las madres en la predicción de la satisfacción vital, tanto en chicos como en chicas (Shek, 2005). No hay que olvidar, por otra parte, que cuando una variable alcanza niveles muy altos en el conjunto de la muestra estudiada y que apenas presenta variabilidad, los análisis estadísticos pueden atribuir a dicha variable un menor peso explicativo que otras variables cuyos valores fluctúan mucho más en la muestra estudiada -presentan mayor variabilidad-. Ello puede ocurrir, en determinadas culturas, con diversas manifestaciones del apoyo materno y del apoyo paterno, respectivamente.

Con respecto a la estructura familiar, sólo se encontraron resultados significativos en la explicación de la satisfacción vital. Hemos encontrado que los

chicos y chicas que viven con su padre y con su madre son los más satisfechos con su vida. Zullig et al. (2005) mostró también que los adolescentes que vivían con ambos progenitores tenían menos probabilidad de mostrar insatisfacción con sus vidas. En una muestra de adolescentes turcos se encontró que los hijos e hijas de padres divorciados presentan en general menos satisfacción vital (Çivitci et al., 2009). Igualmente, Kwan (2008), mostró que los adolescentes que vivían con el padre solo, sin padres o con uno de sus progenitores con otro adulto, presentaban mayor riesgo de insatisfacción vital. En cambio, otros autores señalan que son otras variables más específicas, como una mala relación con los padres o la falta de implicación parental, las que presentan un efecto más negativo en la satisfacción vital (Flouri y Buchanan, 2002; Grossman y Rowat, 1995). En consecuencia, ha de tenerse en cuenta no sólo la estructura familiar, sino también las relaciones con los progenitores.

Con respecto a la adaptación y el ajuste escolar, tanto los análisis bivariantes como los modelos de ecuaciones estructurales con los datos longitudinales, nos permiten señalar que una mayor satisfacción escolar, un mejor rendimiento percibido y una menor presión escolar conllevan una mayor satisfacción con la vida. Varios resultados previos apoyan nuestros datos. Con respecto a la satisfacción vital, Piko y Hamvai (2010) mostraron que la satisfacción escolar y el buen rendimiento estaba asociado con una mayor satisfacción vital tanto en chicos como en chicas. En otro trabajo también los adolescentes con mayor satisfacción son aquéllos que partían con un mejor rendimiento académico (Salmela-Aro y Tuominen-Soini, 2010). Oberle et al. (2011), concluye que la vinculación con la escuela está asociada a una mayor satisfacción vital. Suldo et al. (2006) revisaron diversos estudios que establecen una asociación significativa entre la satisfacción vital y variables académicas como la satisfacción escolar, el apoyo de los profesores, la inteligencia, el rendimiento académico objetivo o la competencia académica percibida.

Por otro lado, los resultados del estudio apuntan a que tanto el acoso escolar sufrido como el sentimiento de exclusión escolar tienen su efecto en la satisfacción vital. Ello se ha observado tanto en los análisis bivariantes como en un modelo de ecuaciones estructurales en la muestra de chicos. Todo ello sugiere, como en otros estudios previos, que el acoso escolar contribuye a una menor satisfacción vital (Flouri

y Buchanan, 2002; Martin y Huebner, 2007). Martin et al. (2008) muestran que esta relación entre acoso escolar y satisfacción vital es de tipo bidireccional. De hecho, la satisfacción con los compañeros se ha mostrado como altamente relacionada con la propia satisfacción vital global, según Casas et al. (2013). El rechazo sufrido por parte de los iguales ha resultado ser un predictor de insatisfacción vital, en un estudio longitudinal con un seguimiento de 30 años, realizado por Marion et al. (2013). En un estudio con adolescentes italianos, se ha hallado que sentirse solo por ser excluido socialmente pone en riesgo el bienestar (Corsano et al., 2006).

El análisis de la relación con los iguales nos ha traído múltiples resultados que también encuentran gran respaldo en la investigación previa. Los adolescentes que tienen más amigos y tienen más facilidad para hacerlos son los que se encuentran más satisfechos con su vida. Otro resultado de nuestro estudio señala que los chicos que quedan más con sus amigos y que las chicas más resistentes a la presión grupal son los más satisfechos con su vida. Entre los trabajos revisados, encontramos que Piko y Hamvai (2010) han hallado la asociación entre un mayor número de amigos y mayor satisfacción vital sólo en las chicas, mientras que Derdikman-Eiron et al. (2011) concluyen que no tener amigos suficientes influye en la satisfacción vital en ambos sexos, aunque más en los chicos. También Derdikman-Eiron et al. (2011) han encontrado que quedar con los amigos con mayor frecuencia influye positivamente en el bienestar.

Con respecto a la práctica de actividad físico-deportiva, se han expuesto resultados de los análisis de varianza que sugieren que la práctica de deporte extraescolar y de ejercicio físico en las chicas explica sus niveles de satisfacción vital. Los resultados sobre la asociación positiva entre satisfacción vital y práctica de actividad físico-deportiva cuentan con amplio apoyo empírico, como muestran los trabajos de Vilhjalmsson y Thorlindsson (1992), Valois et al. (2004), Holstein et al. (1990), Rangul et al. (2012), Pauperio et al. (2012) y Ussher et al. (2007). En cambio, no encontramos apoyo sobre la relación exclusiva de estas variables en las chicas. Un estudio longitudinal nos señala más bien que no existe relación significativa entre alta participación deportiva y satisfacción vital entre las chicas, pero sí entre los chicos (Varca et al., 1984).

Los resultados del estudio muestran que el consumo de sustancias es un factor de especial importancia en la predicción de la satisfacción de las chicas adolescentes. Inicialmente se ha visto que las chicas menos satisfechas son las que consumen más alcohol (ya sea cerveza, vino o licores), las que se embriagan más y consumen más frecuentemente cannabis. Además, aquellas que fuman más se encuentran vitalmente menos satisfechas. Por su parte, en los chicos, un mayor consumo de cerveza y de vino se asocia con una menor satisfacción vital.

Un vasto apoyo empírico podemos encontrar a estas afirmaciones sobre el efecto del consumo de sustancias sobre la satisfacción vital. Zullig et al. (2001) apoyan la idea de que un mayor consumo de sustancias se asocia con una menor satisfacción vital, al igual que Sun y Shek (2010) y Rooks (2010). Rooks (2010) encontró que el consumo de alcohol sólo producía una menor satisfacción vital en las chicas. Este resultado apoya igualmente nuestras conclusiones.

En relación a los hábitos de sueño, nuestro trabajo ha presentado que los adolescentes que se acuestan más tarde en el fin de semana y se levantan más cansados están menos satisfechos con su vida. Además, levantarse más tarde en los fines de semana, acostarse más tarde entre semana, y dormir menos horas entre semana conlleva una menor satisfacción vital en las chicas. En las chicas, además, un modelo ha resaltado que los hábitos de sueño (formado por la hora de acostarse entre semana, la hora de acostarse en el fin de semana y la hora de levantarse en el fin de semana) predicen la satisfacción vital un año después. Estos datos son apoyados por Wolfradt (2006), que señala que el cansancio debido a problemas de sueño está relacionado con una menor satisfacción vital. Feligni y Hardway (2006) hallaron que menos horas de sueño se asociaban con un menor bienestar al día siguiente.

Las dos variables que de forma más potente y consistente se han asociado a la satisfacción vital en nuestra muestra de participantes han sido la autoestima y la satisfacción corporal. Una mayor autoestima y una satisfacción con el propio cuerpo conllevan una mayor satisfacción vital global, tras los análisis de varianza de medidas repetidas. Con relación a los niveles de satisfacción vital, hemos puesto a prueba

también un modelo con buen ajuste estadístico que postula que una mayor autoestima predice una mayor satisfacción vital un año después. Multitud de estudios ofrecen apoyo a nuestro hallazgo. Gilman et al. (2000) nos señalan que una de las variables que más fuertemente se encuentra asociada a la satisfacción vital global es la autoestima global. Así, muchos estudios han mostrado una asociación positiva entre la satisfacción vital y la autoestima (Gilman y Huebner, 2006; Huebner y Gilman, 2006; Huebner et al., 1999; Neto, 2001; Zhang y Leung, 2002). También se ha encontrado este resultado con una muestra española (Casas et al., 2007). Por otro lado, otros trabajos señalan que la satisfacción corporal tiene un efecto significativo en la satisfacción vital. Valois et al. (2003) señalan que las percepciones de sobrepeso o las percepciones de bajo peso se relacionan con una reducida satisfacción vital, mientras que Jansen et al. (2008) y Gray y Leyland (2008) encuentran este resultado respecto a la percepción de sobrepeso. East (2010) encuentra que una insatisfacción con la imagen corporal se asocia a menores niveles de autoestima y de satisfacción vital.

Merece a su vez destacarse que particularmente entre las chicas la autoestima presenta un enorme poder predictivo de la satisfacción vital, como se ha constatado tanto en los análisis de varianza como en los modelos de ecuaciones estructurales. Este resultado contradice el resultado hallado por Zhang y Leung (2002), que señalaron que la asociación entre autoestima y satisfacción vital era más fuerte en los chicos.

Sobre las respuestas que los adolescentes dan ante las emociones negativas, nuestros datos nos señalan que los adolescentes que se distraen más son los más satisfechos. En los chicos se ha construido un modelo de ecuaciones estructurales que constata que una mayor distracción ante emociones negativas predice una mayor satisfacción vital. Por otra parte, en los chicos, el uso de la rumiación conlleva una menor satisfacción vital. No hemos encontrado trabajos que abordasen la relación entre respuestas ante las emociones negativas y la satisfacción vital, si bien los datos siguen la misma lógica que los encontrados respecto a los síntomas depresivos.

En relación a las respuestas que los adolescentes dan ante las emociones positivas, los hallazgos del estudio resaltan que un mayor saboreo de las emociones positivas y una mayor atribución de éstas a uno mismo, además de una menor

inhibición, conllevan una mayor satisfacción vital. En los chicos, además, hemos mostrado un modelo de ecuaciones estructurales que indica que una mayor frecuencia de atribución interna de emociones positivas predice una mayor satisfacción vital. Estos datos encuentran apoyo en el trabajo de Feldman et al. (2008), que sugiere que la rumiación positiva centrada en el propio afecto o en uno mismo incrementan el afecto positivo, mientras que las respuestas de inhibición lo disminuyen. También Bryant (2003) mostró que el saboreo de emociones positivas se correlaciona positivamente con la intensidad del afecto positivo. Quoidbach et al. (2010) indicaron que cultivar el saboreo de emociones positivas resulta beneficioso para incrementar los niveles de felicidad.

La inteligencia emocional también presenta un efecto significativo en la satisfacción vital. Los resultados del estudio resaltan que los chicos y chicas que perciben con más claridad sus emociones y que tienen más habilidad para repararlas presentan una mayor satisfacción vital. Estos resultados van en una línea similar a los encontrados por otros autores. El trabajo de Rey et al. (2011) ha señalado que la claridad y la reparación emocional presentan una relación positiva con la satisfacción vital. Salguero et al. (2011) han concluido que la atención a las emociones y la habilidad para repararlas predicen de forma significativa el bienestar de los adolescentes un año después.

Con respecto a la salud percibida, nuestro trabajo de investigación ha mostrado que aquellos chicos y chicas que se perciben como muy sanos, se sienten más satisfechos con sus vidas. Estos resultados concuerdan con estudios como el de Videra-García y Reigal-Garrido (2013), el de Zullig et al. (2005) o el de Katja et al. (2002) que señalaron que la satisfacción vital se asociaba de forma positiva con la salud percibida.

A continuación, discutiremos los hallazgos presentados respecto a los factores explicativos de la sintomatología depresiva en la adolescencia.

En relación a las características socioculturales, nuestros datos muestran que las chicas cuyos padres tienen una menor formación académica son las que presentan más síntomas depresivos. Este dato cuadra con lo señalado por Goodman et al. (2003), que

encontraron que un bajo nivel de ingresos familiares y un bajo nivel educativo parental se asociaban con un mayor riesgo de depresión.

Nuestros resultados destacan muy especialmente la importancia de las relaciones familiares en los síntomas depresivos durante la adolescencia. Los análisis bivariantes nos muestran que una buenas relaciones familiares conllevan una menor presencia de síntomas depresivos, tanto en los chicos como en las chicas. Como se afirmara líneas atrás respecto a la satisfacción vital, una mejor calidad en la relación con la madre, una mejor calidad en la relación con el padre, una mayor frecuencia de actividades en familia en el fin de semana y un mayor apoyo parental en las cuestiones escolares, predicen una menor sintomatología depresiva. Con respecto a la presencia de síntomas depresivos, Briere et al. (2013) ha encontrado que unas peores relaciones familiares conllevan una mayor presencia de sintomatología depresiva. Una baja implicación parental (Dawson et al., 2012), un elevado desacuerdo entre padres y adolescentes (Breeland-Noble y Weller, 2012), unas interacciones conflictivas (Sheeber et al., 2012), un rechazo parental y una falta de apego emocional (Khasakhala et al., 2012), o el poco tiempo pasado con los padres (Desha et al. 2011), se asocian con mayores niveles de síntomas depresivos. También nuestros datos coinciden con los del National Longitudinal Study of Adolescent Health, que describió que los chicos y las chicas que presentaban menos apoyo parental en la transición de la adolescencia a la adultez temprana se caracterizan por presentar más riesgo de sintomatología depresiva (Needham, 2008).

En los síntomas depresivos se ha hallado que hay ciertas diferencias en los factores asociados según el sexo. Así, la calidad en la relación con la madre y las actividades en común en el fin de semana resultan de especial relevancia en las chicas, mientras que la relación con el padre y el apoyo parental en cuestiones escolares resultan de especial importancia en los chicos. Algunos trabajos sugieren que las chicas son más susceptibles que los chicos a las influencias familiares adversas, como el de Sheeber et al. (2002) que señalan que la discordia familiar explica los síntomas depresivos en las chicas tan sólo. Rudolph y Flynn (2007) señalan que en la pubertad las chicas son más sensibles a los estresores familiares. Por otra parte, Lin (2008) halló que el apego al padre y el apego a la madre tienen efectos independientes en los síntomas

depresivos, mientras que la cercanía a la madre modera los efectos de eventos negativos en el desarrollo de síntomas (Ge et al., 2009).

Con respecto a la estructura familiar, no se encontraron resultados significativos en la explicación de los síntomas depresivos.

Los análisis bivariantes sobre la relación entre adaptación escolar y síntomas depresivos nos permiten señalar que una mayor satisfacción escolar, un mejor rendimiento percibido y una menor presión escolar conllevan una menor sintomatología depresiva. Varios resultados previos apoyan nuestros datos. En primer lugar, diversos estudios han encontrado una asociación negativa entre rendimiento académico y síntomas depresivos (Gagne et al., 2011; Lin et al., 2008; Moyeda et al.; 2009; Yi et al., 2012). La vinculación escolar también se ha asociado de forma negativa con la presencia de sintomatología depresiva (Langille et al., 2012; Lin et al., 2008; Millings et al., 2012). Por otra parte, Quach et al. (2013) han hallado que la presión académica por parte del padre presenta efectos en los síntomas depresivos. Frojd y sus colaboradores (2008) encontraron que la depresión estaba asociada con percibir la carga de deberes como muy demandante. Además, el *burnout* escolar también predice los síntomas depresivos años después (Salmela-Aro et al., 2009).

Por otro lado, los resultados del estudio, con los análisis bivariantes, apuntan a que tanto el acoso escolar sufrido como el sentimiento de exclusión escolar tienen su efecto en los síntomas depresivos de los adolescentes. Estos resultados cuadran con estudios previos que han mostrado que la soledad autoinformada está asociada con un mayor riesgo de depresión (Ward et al., 2010; Wivliet et al., 2010). Ser víctima de acoso escolar también incrementa el riesgo de depresión en la adolescencia, según Liu et al. (2013) y Kaltiala-Heino et al. (2010). Así mismo, este último estudio sugiere que la asociación entre acoso y depresión es bidireccional (Kaltiala-Heino et al., 2010).

También respecto a la relación de la adaptación escolar con los síntomas depresivos se han encontrado patrones diferentes según el sexo. En nuestro trabajo de investigación, hemos hallado que, en las chicas, el acoso ejercido es una variable estrechamente asociada con una mayor presencia de síntomas depresivos. Así, hemos

encontrado que las chicas con menos síntomas son las que nunca han ejercido acoso. Según Liu et al. (2013) el mismo riesgo de depresión se ha encontrado en los adolescentes que sufren acoso que en los que lo ejercen. En cambio, Kaltiala-Heino et al. (2010) concluyen que ser agresor predice depresión sólo en los chicos, resultado que contradice nuestro hallazgo, referente sólo a las chicas.

Respecto a la calidad en la relación con los iguales, el estudio ha mostrado que los adolescentes con mayor dificultad para hacer amigos son los que presentan más síntomas depresivos (especialmente los chicos). Los chicos con más amigos y que quedan más con ellos son los que presentan menos síntomas depresivos. Además, las chicas más resistentes a la presión grupal son las que tienen menos síntomas. En la misma línea que nuestras conclusiones, Ladd y Ettekal (2013) y Young et al. (2005) encontraron que no tener amigos supone un fuerte predictor de depresión. También Lin et al. (2008) hallaron que una menor satisfacción en la relación con los iguales es uno de los factores de riesgo de la depresión. Asimismo, Millings et al. (2012) señalan que las intervenciones para prevenir la depresión en los adolescentes deben centrarse en mejorar las relaciones con los iguales. En la misma dirección de nuestros datos sobre la especial importancia que tienen estas variables en los varones, se ha encontrado que unas malas relaciones con los iguales, en forma de victimización, ponen en riesgo de depresión a estos chicos adolescentes, según Tran et al. (2012). En un trabajo con adolescentes turcos, Erdur-Baker (2009) concluye que la victimización explica los síntomas depresivos sólo en los chicos. Este mismo resultado también se reproduce con adolescentes en Hong Kong (Cheng, Cheung y Cheung, 2008).

Con respecto a la práctica de actividad físico-deportiva, se han expuesto resultados del estudio que sugieren que la práctica de deporte en los chicos explica sus niveles de síntomas depresivos. También hayamos un fuerte apoyo empírico a este resultado. Una reciente revisión de Johnson y Taliaferro (2011) concluye que existen asociaciones inversas entre la actividad física, en especial la participación deportiva, y los síntomas depresivos. Babiss y Gangwish (2009) encuentran que la participación deportiva resulta un factor protector contra la depresión. También se ha encontrado bastante apoyo empírico a esta asociación en las chicas, a pesar de que nuestros

resultados sobre depresión tan sólo resultan significativos en la submuestra de chicos (Jerstad et al., 2010; Morgan, 2004).

Nuestros datos sugieren que el consumo de sustancias es un factor de especial relevancia en la explicación de los síntomas depresivos de las chicas adolescentes. Las chicas más deprimidas son las que consumen más alcohol (ya sea cerveza, vino o licores), las que se embriagan más y las que consumen más drogas. Además, aquellas que beben más en el botellón también se sienten más deprimidas. Por su parte, en los chicos, un mayor consumo de cerveza se asocia con más síntomas depresivos. Se ha encontrado bastante apoyo empírico sobre el efecto del consumo de sustancias en los síntomas depresivos. Marmorstein et al. (2010), Serfaty et al. (2008), Poulin et al. (2005), McCarty et al. (2012), Mason et al. (2008), Schester et al. (2013) y Beal et al. (2013) nos ofrecen apoyo empírico a la asociación positiva entre consumo de sustancias y síntomas depresivos. Con respecto a las diferencias de género que encontramos en nuestro estudio, también algunos estudios apoyan nuestros resultados. Poulin et al. (2005) mostraron que el abuso de alcohol y de tabaco fueron predictores de los síntomas depresivos en las chicas, pero no en los chicos. Marmorstein (2009) indicó que los problemas con el alcohol se asocian con altos niveles de síntomas depresivos especialmente en las chicas. En las chicas se ha encontrado que niveles más altos de consumo de tabaco predicen un incremento en síntomas depresivos (Beal et al., 2013). En cambio, un estudio concluye que el consumo de marihuana predice los síntomas depresivos un año después, pero sólo en el caso de los chicos (Schuster et al., 2013).

En relación a los síntomas depresivos, los hábitos de sueño en el fin de semana resultan de especial relevancia. Así, hemos encontrado que los chicos y chicas que duermen menos en el fin de semana son los que tienen más síntomas. Si bien en los chicos destaca la hora de acostarse, en las chicas lo hace la hora de levantarse. Además, levantarse cansada por las mañanas está asociado con la depresión sólo en las chicas. También encontramos apoyo empírico en otros estudios a estas afirmaciones, si bien ninguna investigación revisada muestra diferencias de género ni especifica los hábitos en el fin de semana. Alfano et al. (2009) y Danielsson et al. (2013) señalan que los problemas de sueño muestran una gran asociación con los síntomas depresivos. Aunque no hemos encontrado datos específicos respecto a los hábitos en el fin de semana,

respecto a la depresión, Pash et al. (2010) señalan que los buenos hábitos de sueño entre semana parecen ser un factor protector frente al consumo de sustancias, la depresión y el absentismo escolar.

Las dos variables que de forma más potente y consistente se han asociado a los síntomas depresivos en nuestra muestra de participantes han sido la autoestima y la satisfacción corporal, como ocurre en el caso de la satisfacción vital. Una mayor autoestima y una satisfacción con el propio cuerpo conllevan menos síntomas depresivos. La relación entre autoestima y síntomas depresivos ha sido muy demostrada por la literatura científica reciente, como puede encontrarse en los trabajos de Orth et al. (2013), Zhou et al. (2011), Orth et al. (2009), Lin et al. (2008), y Marcotte et al. (2002). Además, una alta autoestima supone un factor protector en el desarrollo de la depresión ante eventos vitales negativos, según Dumont y Provost (1999). Por otro lado, la relación entre la insatisfacción corporal y la depresión también cuenta con abundante apoyo empírico. Almeida et al. (2012) han encontrado que la insatisfacción corporal se asocia con un mayor nivel de síntomas depresivos, en ambos sexos. Xie y sus colaboradores (2010), concluyen que el sobrepeso predice de forma significativa la insatisfacción con la imagen corporal, y que ésta se asocia con más síntomas depresivos. También se ha encontrado que una mayor satisfacción corporal se asocia con menos síntomas depresivos (Bluth, 2007).

Entre las chicas, la autoestima presenta un poder predictor de los síntomas depresivos aún mayor que entre los chicos. Los estudios a este respecto son contradictorios. Derdikman-Eiron et al. (2011) han señalado que las interacciones entre los síntomas depresivos y una baja autoestima son más intensas en los chicos que en las chicas, mientras que Rawana y Morgan (2013) indican que las chicas adolescentes con baja autoestima están en un mayor riesgo de síntomas depresivos que los chicos. Complementariamente, Marcotte et al. (2002) señalan que una menor autoestima en las chicas estaría en la base de una mayor sintomatología depresiva en éstas durante la adolescencia.

Sobre las respuestas que los adolescentes dan ante las emociones negativas, se extrae de nuestros datos que los adolescentes que rumian más y se distraen menos son

los que presentan más síntomas depresivos. Además, estos factores presentan un poder explicativo especialmente destacable en las chicas. Estos datos cuadran perfectamente con la teoría de los estilos de respuesta de Nolen-Hoeksema (1991). En el trabajo de Nolen-Hoeksema et al. (2008) se revisan múltiples evidencias que apoyan esta conclusión. A su vez, los estudios de Abela y Hankin (2011), Hankin (2008), Treynor et al. (2003) o Siegle et al. (2004), mostraron que altos niveles de rumiación estaban asociados con una mayor probabilidad de experimentar la aparición de un trastorno depresivo. Además, la especial importancia de los estilos de respuesta en las chicas también va en la misma línea que trabajos empíricos anteriores. Rood et al. (2009) presentaron la evidencia hallada para la teoría de los estilos de respuesta sobre la relación entre los estilos de respuesta y la depresión, y las diferencias de género a este respecto. Los resultados sugieren que la explicación de las diferencias de género en la depresión puede estribar, en parte, por un mayor uso de la rumiación en las chicas.

En relación a las respuestas que los adolescentes dan ante las emociones positivas, los hallazgos del estudio resaltan que un mayor saboreo de las emociones positivas y una mayor atribución de éstas a uno mismo, además de una menor inhibición, conllevan una menor presencia de síntomas depresivos. Estos datos encuentran apoyo en estudios que señalan que la depresión está relacionada con una menor atención y respuesta ante estímulos positivos (Henriques y Davidson, 2000; Rottenberg et al., 2002; Sloan et al., 2002). Bijttebier et al. (2012) mostraron que bajos niveles de rumiación positiva y altos niveles de inhibición de emociones positivas se asociaban con más síntomas depresivos. Hurley y Brown (2012) además diseñaron una intervención para incrementar, intensificar o prolongar las emociones positivas en el momento presente y hallaron que esta actividad producía un descenso en los síntomas depresivos. Si bien hemos encontrado bastante apoyo empírico a la idea general, ningún resultado hasta la fecha ha apuntado la existencia de posibles diferencias de género respecto a las respuestas a las emociones positivas. Nuestros datos apuntan que la inhibición de emociones positivas presenta un mayor poder predictivo de los síntomas depresivos en las chicas.

La inteligencia emocional también presenta un efecto significativo en los síntomas depresivos. Los resultados del estudio resaltan que los chicos y las chicas que

perciben con más claridad sus emociones y que tienen más habilidad para repararlas presentan una menor sintomatología depresiva. En las chicas además una alta atención emocional se asocia con una mayor sintomatología depresiva. Estos resultados van en una línea similar a los hallados por Fernández-Berrocal et al. (2006), que señalaron que la inteligencia emocional autoinformada estaba negativamente relacionada con los niveles de depresión. También Salguero et al. (2011) han indicado que altas puntuaciones en atención emocional y bajas puntuaciones en claridad y reparación emocional se asocian con mayores niveles de depresión.

Con respecto a la salud percibida, nuestro trabajo de investigación ha mostrado que aquellos chicos y chicas que se perciben como muy sanos, se sienten menos deprimidos. Naicker et al. (2013), Gotestam et al. (2008), Williams et al. (2002) o Keenan-Miller et al. (2007) mostraron la relación negativa entre salud percibida y depresión en la adolescencia.

Finalmente, nuestros datos apuntan a que los chicos con un mayor IMC presentan más síntomas depresivos. Katon y sus colaboradores (2010) hallaron que los adolescentes con más síntomas depresivos tenían más probabilidad de cumplir criterios de obesidad. El estudio de Dockray y sus colaboradores (2009) examina la asociación entre la depresión y la obesidad, analizando el papel del eje hipotalámico-pituitario-adrenal. También Xie y sus colaboradores (2010), concluyen que el sobrepeso predice de forma significativa los síntomas depresivos, por medio de la insatisfacción corporal. En cambio, el trabajo de Chaiton y sus colaboradores (2009) contradice nuestro resultado (referente sólo a los chicos), pues señalan que sólo en las chicas la grasa corporal explicaba hasta un 62% de los síntomas depresivos a través de su asociación con la presión para estar delgada y la insatisfacción corporal. Nuestros datos podrían estar indicando que los chicos también podrían estar siendo presionados por cánones de belleza no realistas en la sociedad en la que se desarrollan.

Discusión general del estudio

En este apartado presentaremos, en primer lugar, las limitaciones que creemos que presenta el estudio, y, en segundo lugar, las fortalezas que consideramos que tiene. Seguidamente, y siguiendo las limitaciones encontradas, se describirán posibles líneas futuras de investigación o posibles mejoras que pueden llevarse a cabo tras la realización de este estudio. Finalizaremos presentando las principales aportaciones de este estudio, atendiendo a los objetivos de los que se partía, así como las aplicaciones prácticas que pueden derivarse.

5.1. Limitaciones del estudio

Una primera limitación de las conclusiones a las que hemos llegado en el estudio vendría de las características de la muestra empleada. La muestra no es representativa de la población adolescente andaluza o española, por lo que las conclusiones no pueden generalizarse a una población que vaya más allá de los meros participantes en el estudio. Por otra parte, dado que se trata de una muestra de adolescentes escolarizados en Andalucía (España), puede que las variables estudiadas y la relación con los diferentes factores sea diferente a la que pueda encontrarse en adolescentes de otras zonas geográficas, ya sea dentro o fuera de España. Algunos estudios ya han abordado las diferencias culturales en la satisfacción vital (Bradley y Corwyn, 2004; Liu y Gilman, 2005; Park y Huebner, 2005) o en los síntomas depresivos (Lin, 2002; Ruchkin et al., 2006; Stewart et al., 2004). En todo caso, si bien la generalizabilidad de los resultados o la comparación transcultural no son objetivos del estudio, si incrementarían la validez externa del mismo. Además, podríamos apuntar también que el tamaño de la muestra podría haber sido aún mayor, aunque de hecho el tamaño de muestra utilizado viene a ser más que suficiente para asumir la distribución normal de las variables y realizar los modelos de ecuaciones estructurales (Ruiz et al., 2010).

Otra limitación que podríamos señalar estaría en el mismo diseño general de estudio, con un solo seguimiento. Si bien un estudio longitudinal nos permite el establecimiento de relaciones entre antecedentes y consecuentes, para conocer mejor la evolución o los cambios en una variable a lo largo del tiempo sería más conveniente un

mayor número de oleadas del estudio. Este requisito también se encuentra en el diseño de modelos de curva de crecimiento latente (Preacher, Wichman, MacCallum y Briggs, 2008). Para llegar a conclusiones sobre la evolución de las variables medidas a lo largo de la adolescencia, se requeriría hacer un estudio de seguimiento durante toda la adolescencia. En todo caso, las edades estudiadas resultan clave en la dinámica de la satisfacción vital y los síntomas depresivos, como señala la investigación previa (Ge et al., 1994; Hankin et al., 1998; Twenge y Nolen-Hoeksema, 2002). Asimismo, el tiempo entre ambas evaluaciones es de un año en nuestro estudio. Aunque este tiempo nos ha mostrado de forma significativa los cambios que se producen en la adolescencia en la satisfacción vital y en los síntomas depresivos (en la misma línea que estudios previos), podríamos apuntar que hubiera sido conveniente un número mayor de evaluaciones y más próximas en el tiempo, quizás separadas por 6 meses -si bien, la repetición de pruebas puede conllevar efectos colaterales, como el aprendizaje de la misma-.

La tercera de las limitaciones que podemos apuntar en el presente estudio vendría del instrumento empleado. Las técnicas de autoinforme presentan el problema de que las variables son evaluadas según la percepción subjetiva del participante, si bien el instrumento fue pilotado y se demostró su validez y fiabilidad (también presente en trabajos previos, como se indicó en el apartado donde se describe el instrumento). La evaluación mediante una entrevista clínica, la inclusión de pruebas objetivas de evaluación, o la evaluación por parte de otros informantes, como los padres, los profesores o los iguales, podría ofrecernos una mejor evaluación de las variables clave del estudio. No obstante no debe olvidarse que, si se trata de ver el efecto de determinadas percepciones personales (como es el caso de la autoestima, la satisfacción corporal y otras variables estudiadas) sobre otras percepciones personales (como es el caso de la satisfacción vital), el medir todas estas variables como percepciones subjetivas no es propiamente una limitación. Por otra parte, algunas de las escalas empleadas resultan adaptaciones de versiones más largas, o nuevas creaciones para el presente estudio. Aunque se realizaron los oportunos estudios piloto, y las características psicométricas fueron siempre excelentes, podría resultar deseable el empleo de escalas completas o instrumentos con aún más respaldo empírico en cuanto a su bondad psicométrica.

También tenemos que señalar la dificultad para el establecimiento de relaciones causales. Si bien los estudios con diseño longitudinal, como el presente, nos permiten sugerir relaciones entre antecedentes y consecuentes, para asegurarnos sobre la causalidad en dicha relación de variables deben emplearse diseños de tipo experimental, donde haya una manipulación de las variables independientes. En todo caso, en las ciencias del comportamiento puede no resultar ni fácil ni imprescindible el establecimiento de relaciones causales, dados la coexistencia de las variables en el mismo momento y a lo largo del desarrollo, la interacción entre las mismas, y el establecimiento de auténticas espirales de retroalimentación entre dichas variables.

La quinta limitación que queremos apuntar aparece en el diseño de los modelos de ecuaciones estructurales para la explicación de los síntomas depresivos. No se pudieron construir modelos válidos que explicaran los síntomas depresivos debido a: a) las dificultades en el análisis factorial confirmatorio de la escala en cada una de las oleadas y en cada uno de los sexos; b) las dificultades para establecer un modelo de la relación entre los síntomas depresivos en la oleada 1 y los síntomas depresivos en la oleada 2, y c) las dificultades a la hora de introducir dimensiones con efecto significativo en un modelo explicativo que presentara buen ajuste.

Finalmente, podemos señalar como limitación del estudio la no inclusión de algunos factores que ya han demostrado ser relevantes en la explicación de los síntomas depresivos o la satisfacción vital, como la personalidad, diversos factores biológicos, factores genéticos, la presencia de depresión en los padres, la presencia de eventos vitales estresantes o el nivel de ingresos familiar (Hankin y Abela, 2008). Algunas de estas características resultaban de difícil evaluación dado el diseño del estudio y el instrumento empleado, como los factores biológicos y genéticos. La presencia de depresión en los padres o el nivel de ingresos familiar hubiera requerido una evaluación a ellos mismos. Finalmente, los factores relativos a las características de la personalidad o la presencia de eventos vitales estresantes, ya han sido estudiados con frecuencia y los datos son abundantes (Hankin y Abela, 2008). Por otra parte, no resulta viable la evaluación de todas las posibles variables (o al menos de un mayor número de ellas), dado el procedimiento de recogida de datos en una sola clase en un sólo día, utilizando en conjunto una muestra relativamente grande.

5.2. Fortalezas del estudio

Si bien anteriormente hemos relatado algunas posibles limitaciones, en el anterior discurso ya han podido esbozarse algunas de las fortalezas que presenta este trabajo empírico.

En primer lugar, debemos destacar algunas de las bondades de la muestra empleada. La muestra del estudio es suficientemente heterogénea, en el sentido de que están presentes en el estudio adolescentes de colegios de diferente titularidad, de diferente hábitat y de todas las provincias de la comunidad de Andalucía (España). A este respecto, pocos estudios hasta la fecha en nuestro país han empleado una muestra en un estudio de tipo longitudinal con tales características positivas. Por otra parte, la muestra presenta un tamaño suficientemente grande que permitiría llegar a conclusiones válidas tras el análisis de los datos.

En segundo lugar, la mayor parte de estudios que se realizan sobre la satisfacción vital y los síntomas depresivos son de tipo transversal, implicando una sola evaluación y pudiendo llegar a conclusiones tan sólo en base a asociaciones entre variables. La necesidad de estudios con un diseño longitudinal es una constante en la psicología, en general, y en la psicología evolutiva, en particular, ya que permiten observar el cambio de las variables a lo largo del tiempo y describir la relación entre variables antecedentes y variables consecuentes, tras controlar los valores previos de las variables resultado. Los estudios de tipo longitudinal nos permiten intuir la direccionalidad en la relación entre las variables, en base a la secuencia temporal. Por otra parte, la edad de la muestra y el seguimiento tras un año permiten analizar la tendencia de cambios en la sintomatología depresiva y en la satisfacción vital, además de analizar las relaciones con otras variables predictoras, en un momento clave del desarrollo, como han señalado otros estudios previamente (Ge et al., 1994; Hankin et al., 1998; Twenge y Nolen-Hoeksema, 2002). Igualmente, los estudios previos señalan además que las edades estudiadas aquí suponen un momento evolutivo de especial relevancia en la aparición de diferencias de género en los aspectos estudiados.

El empleo de autoinformes también presenta varias fortalezas en el estudio, a pesar de las limitaciones señaladas anteriormente. Los autoinformes nos permiten la evaluación de forma anónima de una muestra grande de participantes de la manera en que se perciben a sí mismos, la forma en que perciben las relaciones con otros significativos, la actitud frente a cuestiones relevantes para su desarrollo o la frecuencia con la que realizan determinadas conductas dentro de su estilo de vida. Si, por un lado, la sensación de anonimato permite además una gran sinceridad en las respuestas, por otro lado, la facilidad de administración supone un coste humano y económico relativamente bajo para tener acceso a tal cantidad de información. El procedimiento de respuesta, con papel y lápiz resulta también de gran facilidad para la muestra de participantes. De esta manera, en una sola hora de clase y en su misma aula pudo recogerse de manera sencilla una gran cantidad de datos. El instrumento utilizado ha resultado asimismo fiable y válido, como se ha demostrado también en varios estudios piloto previos a la realización del trabajo de campo definitivo. Igualmente, la mayor parte de las escalas gozaban de gran respaldo empírico por parte de otros estudios previos, y la selección de las mismas se realizó en base a este hecho.

Otra de las fortalezas del estudio viene de los propios resultados encontrados. El logro del ajuste de varios modelos explicativos de la satisfacción vital, todos fundamentados en la revisión bibliográfica inicial y en los resultados de previos análisis bivariantes, resulta muy destacable. La variedad de dimensiones implicadas en estos modelos y el alto poder explicativo de los mismos es un resultado de enorme interés, que encuentra además un gran respaldo en estudios previos. Y es que pocos trabajos hasta la fecha han estudiado tanta diversidad de variables, y menos aún las han medido con un instrumento con tanta validez y fiabilidad psicométricas (Levin et al., 2012).

Finalmente, destacamos como fortaleza del estudio la inclusión de la importante dimensión evolutiva en el estudio tanto de la satisfacción vital como de los síntomas depresivos. Como ya han señalado Sroufe y Rutter (1984), Cicchetti y Rogosch (2002), Sroufe (2009) y Lemos (2003), para entender tanto el comportamiento normal como la emergencia de problemas psicopatológicos se hace imprescindible partir de un marco evolutivo que tenga en cuenta la interacción de un individuo en desarrollo con los diversos contextos en los que se desarrolla. Esta visión evolutiva permite dilucidar

cómo se produce, durante la adolescencia, la compleja integración de los sistemas biológicos, psicológicos y sociales de la persona para explicar tanto la conducta adaptada como la desadaptada, ya sea durante la propia adolescencia o tras la llegada de la adultez. Nuestro trabajo, dentro de la limitación inherente al hecho de pretender avanzar hacia unos objetivos científicos específicos, puede haber arrojado alguna luz complementaria al respecto.

5.3. Aportaciones del estudio

La primera aportación de este estudio vendría del hallazgo de cambios consistentes tanto en la satisfacción vital como en los síntomas depresivos tras el seguimiento, en la línea de estudios previos. Por otra parte, de forma consistente se ha encontrado relación entre distintos factores explicativos y la satisfacción vital y los síntomas depresivos, dada la evidencia común hallada en los análisis bivariantes y en los modelos de ecuaciones estructurales, también en la línea de estudios previos. Así, nuestras conclusiones satisfacen los objetivos planteados en el estudio, y además encuentran un gran apoyo empírico en la investigación previa.

Otra aportación muy relevante es la posibilidad de reunir una gran variedad de factores y poder comparar el poder predictivo de la satisfacción vital y de los síntomas depresivos que presentan cada uno de ellos, atendiendo además a las posibles diferencias de género al respecto, como se ha visto tras los análisis de varianza. De esta manera, se estudiaron variables de muy distinta índole (como la calidad en las relaciones familiares, la adaptación escolar, la calidad en la relación con los iguales, los estilos de vida, las autopercepciones, las respuestas ante los diferentes estados emocionales, las características socioculturales y sociolaborales de los padres, etc.) y se pudieron analizar cuáles eran los factores más fuertemente asociados, atendiendo a posibles diferencias de género. Los modelos explicativos posteriores que han sido realizados respecto a la satisfacción vital han permitido además profundizar en las conclusiones halladas en estos análisis bivariantes, partiendo del estudio de la revisión bibliográfica inicial.

También resulta de especial importancia el estudio de manera conjunta de la satisfacción vital y de los síntomas depresivos, y la comparación de los factores asociados a uno y/o a otro resultado. La mayor parte de estudios hasta la fecha se han centrado o en medidas de bienestar o en medidas de malestar, no permitiendo la comparación entre los resultados encontrados en unas y otras variables. En el presente estudio se ha encontrado además cierta correspondencia entre los resultados hallados con la satisfacción vital y los resultados hallados con los síntomas depresivos. Ambas variables de bienestar comparten una serie de factores comunes, como las relaciones familiares, la adaptación escolar, o la autopercepción, entre otros. Estos factores mantienen una relación con un signo respecto a una variable, y con el signo opuesto con la otra variable. Por ejemplo, unas buenas relaciones familiares conllevan una mayor satisfacción vital, y también una menor presencia de síntomas depresivos. También ha permitido comparar la tendencia de ambos resultados, encontrando que en la adolescencia se experimenta un descenso en los niveles de satisfacción vital y un incremento en los síntomas depresivos.

Una aportación que resulta de especial relevancia en sí misma es el estudio de los adolescentes de España, y, en concreto, de Andalucía. Hasta el momento abundan los estudios sobre satisfacción vital y sobre síntomas depresivos en muestras estadounidenses y británicas, y está incrementándose el número de estudios que permiten una comparación transcultural, especialmente con muestras chinas. El estudio de muestras de adolescentes de Andalucía, permite analizar y comparar si las teorías establecidas y los resultados encontrados en estudios con muestras de otros países se mantienen o no. En el presente estudio, los resultados encontrados van, por lo general, en la misma línea de los resultados de los estudios revisados.

Pero quizás la aportación más interesante viene de las sugerencias de intervención que se derivan de las conclusiones. El descubrimiento de los factores que mantienen relación con la satisfacción vital, así como el signo de dicha relación, nos ofrece un interesante apoyo empírico para justificar el diseño de programas de promoción del bienestar. Del mismo modo, puede resultar de interés conocer qué factores se relacionan con los síntomas depresivos de cara al diseño de programas de prevención de esta sintomatología. Igualmente, en casos en los que ya esté presente un

cuadro clínico, este estudio también guía la intervención más allá de factores meramente individuales y psicológicos (como la autoestima, la imagen corporal o los estilos de respuesta, entre otros), y subraya la relevancia de factores relacionales (relativos a la familia y a los iguales) y escolares, además del desarrollo general de unos estilos de vida saludables. Así, el apoyo empírico encontrado en el presente estudio ayuda en el diseño de programas de promoción, prevención o intervención eficaces. Por otra parte, la tendencia encontrada del incremento en los síntomas depresivos y del descenso en la satisfacción vital en el seguimiento realizado en la adolescencia justifica la puesta en marcha de este tipo de programas.

Finalmente, podemos señalar que en este trabajo se han alcanzado los objetivos propuestos en la introducción, ya que: a) se han analizado las tendencias de cambio de la satisfacción vital y de los síntomas depresivos, atendiendo a las diferencias de sexo, edad y curso; b) se han estudiado los factores explicativos de la satisfacción vital y de los síntomas depresivos, atendiendo al sexo, y c) se han creado modelos explicativos, aunque sólo de la satisfacción vital, en base al fundamento teórico previo y a los factores encontrados. A modo de resumen, podemos decir que: a) se produce un descenso en la satisfacción vital y un incremento en los síntomas depresivos, encontrando además que los adolescentes de mayor edad están menos satisfechos con su vida y las chicas presentan más síntomas depresivos; b) unas mejores relaciones familiares, una mejor relación con los iguales, una mejor adaptación escolar (sin sufrir exclusión), unos estilos de vida más saludables, una mejor autopercepción, unos estilos de respuesta más adaptativos, una mayor inteligencia emocional, y algunas características de tipo sociocultural y laboral, explican una mayor satisfacción vital y una menor sintomatología depresiva; y c) además de estos resultados bivariantes, se han establecido modelos explicativos de la satisfacción vital que van en la misma línea, alcanzando un buen ajuste estadístico.

5.4. Líneas de investigación o mejoras que se derivan

Las limitaciones desarrolladas páginas atrás nos señalan posibles líneas de investigación o mejoras que pueden realizarse. Una primera mejora podría venir del

mismo diseño del estudio, incluyendo un seguimiento más largo, para así observar la tendencia de los cambios en satisfacción vital y síntomas depresivos con más momentos de evaluación. La continuación del estudio sería una línea factible que podría ser de un alto interés. Otra posible línea de investigación vendría de realizar un nuevo estudio, en base a los resultados obtenidos y a los instrumentos pilotados, con una muestra representativa de España, o al menos de la población adolescente de Andalucía. Esto nos permitiría generalizar los datos y llegar a conclusiones poblacionales.

Otra posible línea de investigación aparece ante la necesidad de completar la información que ofrece el adolescente con datos provenientes de otros informantes clave, como pueden ser los profesores, los iguales o los padres. Este posible trabajo de investigación necesitaría emplear una muestra más pequeña, dado el mayor coste económico y humano que supondría llevar a cabo esta evaluación más amplia. Además, podrían seguirse entrevistas clínicas en la evaluación de la depresión, complementando la medida ofrecida por los autoinformes de sintomatología depresiva. Igualmente, supondría emplear un procedimiento de recogida de datos muy diferente al seguido en este estudio, dado que necesitaría una evaluación de los participantes uno a uno. Finalmente, para salvar el cariz subjetivo de las respuestas ofrecidas por los adolescentes en los autoinformes, una línea de investigación podría emplear medidas objetivas, como tareas de ordenador, del tipo *priming* o efecto *Stroop*. En cualquier caso, sería deseable el empleo de ambos tipos de medidas, objetivas y subjetivas, para así comparar la validez de los instrumentos.

En futuras líneas de investigación sobre factores explicativos de la satisfacción vital o de la sintomatología depresiva se puede optar por evaluar tan sólo una dimensión de variables explicativas, como puede ser el caso de las relaciones familiares o las características psicológicas. Esto permitiría adquirir una mayor cantidad de información en cada una de las dimensiones. Así, un estudio centrado en las variables psicológicas podría evaluar la personalidad, las estrategias de afrontamiento, el estilo atribucional, el optimismo, la desesperanza o los sesgos atencionales y de memoria, variables que ya se han encontrado relacionadas en estudios previos con nuestras variables de interés (de Matos, Tomé, Borges, Manso, Ferreira y Ferreira, 2008; Hankin y Abela, 2008; Rodríguez-Naranjo, Godoy y Esteve, 2001; Romero-Ballaltas, 2009; Romero, Vázquez

y Sánchez, en prensa; Sánchez, Joorman, Marker, LeMoult y Vázquez, 2013). También podría ampliarse el estudio con medidas de corte biológico, para evaluar el efecto de los cambios puberales, por ejemplo, y, en otra línea de investigación, podríamos también atender a factores genéticos, con estudios de gemelos que viven en la misma familia o que viven en diferentes entornos (Hankin y Abela, 2008).

5.5. *Potenciales aplicaciones prácticas*

La línea de investigación que presenta un carácter más aplicado es, sin duda, el diseño, la puesta en marcha y la evaluación de programas de intervención y de prevención de la depresión y de programas de promoción del bienestar. Atendiendo a los resultados encontrados, se justifica el diseño conjunto y complementario de medidas de promoción de la satisfacción vital, de prevención de la depresión y de intervención en los casos clínicamente significativos, dados los cambios que se producen en estos resultados de salud durante la adolescencia. Además, estas aplicaciones deben de estar inspiradas y seguir los resultados empíricos de trabajos (Kazdin, 2008), preferentemente de tipo longitudinal, que destaquen qué factores están implicados, cuáles son los más relevantes y qué posibles diferencias de género existen. Partiendo de estos datos, sería necesario actuar no sólo sobre variables de corte psicológico e individual, sino atender también a la calidad en las relaciones familiares, a la relación con los iguales, o a la adaptación escolar, entre otras variables. De esta manera, las intervenciones que se diseñen deben entender que el adolescente se encuentra en un momento evolutivo con características distintivas (el paso de la niñez a la adultez social, y la exigencia de asumir responsabilidades y roles nuevos, con un cuerpo en desarrollo) y dentro de múltiples contextos en los que se desarrolla su vida (la familia, los iguales o la escuela, por ejemplo), partiendo de un enfoque ecológico.

Por otra parte, tras el diseño del programa de intervención resulta imprescindible el pilotaje del mismo, reproduciendo las mismas características del programa final. En este sentido, para obtener apoyo empírico al programa diseñado resulta fundamental el empleo de diseños longitudinales aleatorizados, con un grupo experimental y otro de control o lista de espera. Finalmente, tras la puesta en marcha, vuelve a ser

imprescindible la evaluación de los resultados que permitan comprobar la existencia de cambios significativos y en la línea esperada tras la intervención. Resulta de interés, además de una evaluación previa y otra posterior, alguna o algunas evaluaciones del proceso de cambio durante la intervención, entre otros aspectos.

Weisz, McCarty y Valeri (2006) repasan los resultados encontrados sobre la intervención psicoterapéutica en la depresión en la infancia y adolescencia. Estos autores concluyen que los tratamientos revisados producen efectos, que, aunque significativos, son modestos en su fuerza, amplitud y duración. De ahí que Kazdin y Blase (2011) hagan énfasis en la necesidad del diseño de programas de prevención y de promoción para reducir la prevalencia de los trastornos mentales, teniendo en cuenta las variables contextuales y haciendo uso de diferentes formas de llegar a la persona, con un menor coste y una mayor amplitud de intervención. En la adolescencia, dada la escolaridad obligatoria y la emergencia de problemas emocionales, resulta de elevado interés la intervención preventiva o de promoción desde las escuelas.

Hasta el momento se han diseñado algunas intervenciones de gran potencia para la prevención de la depresión y para la promoción del bienestar en la adolescencia (Jané-Llopis, 2002, 2004; Jané-Llopis y Barry, 2005; Jané-Llopis, Barry, Hosman y Patel, 2005). En esta línea nos resultan de especial interés los programas de corte universalista (McLaughlin, 2008), que emplean población general y que actúan antes de que el problema de salud esté instaurado. También merece destacarse la necesidad de diseñar intervenciones que puedan ser aplicadas en las escuelas, para así acceder a toda la población adolescente, dentro de un entorno cercano y reduciendo costes (Coleman, 2009; Ecclestone y Hayes, 2009; Seligman, Ernst, Gillham, Reivich y Linkins, 2009).

Hasta la fecha el grupo de investigación de Judy Garber, en la universidad de Vanderbilt, Ben Hankin, en la universidad de Denver, Eric Stice, en la universidad de Oregon, y Jane Gillham, en Swarthmore College y la universidad de Pennsylvania, han realizado recientemente programas de prevención de la depresión en la adolescencia que se han mostrado efectivos (Garber y Downs, 2011; Gillham, Brunwasser y Freres, 2008; Hankin y Abela, 2008; Horowitz y Garber, 2006; Stice, Shaw, Bohon, Marti y Rohde, 2009). Garber y Downs (2011) y Gilham et al. (2012) prestaron especial atención a la

emergencia de diferencias de género en la adolescencia. Gillham, Shatté y Freres (2000) revisaron, además de las intervenciones cognitivo-conductuales, las intervenciones familiares.

Por otro lado, otros autores han puesto su énfasis además en la promoción del bienestar, como el grupo de McCabe, Bray, Kehle, Theodore y Gelbar (2011) o Seligman et al. (2009). Blank y sus colaboradores (2010) revisaron las intervenciones de promoción del bienestar realizadas en las escuelas de educación secundaria, analizando el papel de los profesores, de los padres, de los iguales y del personal externo al colegio. En España, Ruiz-Lázaro (2002) realizó un proyecto de promoción de la salud mental para adolescentes y sus padres. En esta línea, el grupo de Gillham (Reivich, Gillham, Chaplin y Seligman, 2013; Seligman al., 2009) ha enfatizado la necesidad de la educación resiliente o educación positiva, dado que el objetivo de la educación debe siempre trascender el desarrollo de la mera competencia académica, y la escuela tiene la responsabilidad añadida de formar a individuos resilientes y con un funcionamiento pleno que les permita el logro de sus esperanzas y aspiraciones. La educación positiva es definida como la educación de tanto las habilidades tradicionales de tipo académico como de aquéllas que facilitan el logro de la felicidad (Pajares, 2009). La alta prevalencia de la depresión entre los jóvenes en todo el mundo y las puntuaciones en satisfacción vital, además de la sinergia entre aprendizaje y emociones positivas, justifican que la educación para la felicidad sea enseñada en las escuelas (Seligman et al., 2009).

5.6. Resumen final

Dada la importancia de la satisfacción vital y de los síntomas depresivos como resultados y como causas de una mejor adaptación y un mejor desarrollo en la adolescencia y adultez, resulta necesario conocer qué cambios se producen en la adolescencia y qué factores explicativos se presentan. El presente estudio ha mostrado, en primer lugar, que los síntomas depresivos se incrementan y la satisfacción vital disminuye tras el seguimiento de la muestra estudiada durante un año ($n = 714$). Además, este estudio nos permite sostener que los grupos de mayor edad se encuentran

menos satisfechos con su vida que los de menor edad, y que las chicas presentan más síntomas depresivos que los chicos. En segundo lugar, los resultados bivariantes obtenidos nos permiten sostener que unas mejores relaciones familiares, una mejor adaptación escolar, una mejor relación con los iguales, unos estilos de vida más saludables, una mejor autoestima y una mayor satisfacción corporal, unas respuestas más adaptativas ante las emociones positivas y negativas, una mayor inteligencia emocional, una mejor salud percibida, entre otras características, explican una mayor satisfacción vital y una menor presencia de síntomas depresivos durante la adolescencia. En el caso de la satisfacción vital, se han obtenido también varios modelos explicativos que sostienen que, tanto en los chicos como en las chicas, una mejor relación con el padre y con la madre, una mayor autoestima y un mejor ajuste escolar predicen una mayor satisfacción vital. Este trabajo, a pesar de algunas limitaciones, puede presentar diversas fortalezas y aportaciones, así como motivar líneas de investigación y aplicaciones prácticas, que han sido descritas.

6. REFERENCIAS

6. REFERENCIAS

- Abela, J. R. Z. y Hankin, B. L. (2008a). Cognitive Vulnerability to Depression in Children and Adolescents: A Developmental Psychopathology Perspective. En J. R. Z. Abela y B. Hankin, (Eds.). *Handbook of Depression in Children and Adolescents* (pp. 35-78). New York: Guilford Press.
- Abela, J. R. Z. y Hankin, B. L. (2008b). *Handbook of Child and Adolescent Depression*. New York: Guilford Press.
- Abela, J. R. Z. y Hankin, B. L. (2011). Rumination as a vulnerability factor to depression during the transition from early to middle adolescence: A multiwave longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 120(2), 259- 271. doi:http://dx.doi.org/10.1037/a0022796
- Adam, E. K. (2009). Uncovering the pathways linking depression and physical health. *Journal of Adolescent Health*, 45(4), 321-322. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.07.005
- Adeniyi, A. F., Okafor, N. C. y Adeniyi, C. Y. (2011). Depression and physical activity in a sample of nigerian adolescents: Levels, relationships and predictors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 5. doi:http://dx.doi.org/10.1186/1753-2000-5-16
- Agoston, A.M. y Rudolph, K.D. (2013) Pathways from depressive symptoms to low social status. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(2), 295-308.
- Alfano, C. A., Zakem, A. H., Costa, N. M., Taylor, L. K. y Weems, C. F. (2009). Sleep problems and their relation to cognitive factors, anxiety, and depressive symptoms in children and adolescents. *Depression and Anxiety*, 26(6), 503-512. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/622032195?accountid=14549>
- Allen, L., y Astuto, J. (2008). Depression among racially, ethnically, and culturally diverse adolescents. En S. Nolen-Hoelsema, y L- M. Hilt, (Eds.), *Handbook of depression in adolescents* (pp. 53-73). New York: Routledge.
- Almeida, S., Severo, M., Araújo, J., Lopes, C. y Ramos, E. (2012). Body image and depressive symptoms in 13 year old adolescents. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 48(10), 165-171. doi:http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-1754.2012.02576.x

- Angold, A., Costello, E. J., y Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(1), 57-87.
- Angold, A., Costello, E. J. y Worthman, C. M. (1998). Puberty and depression: The roles of age, pubertal status and pubertal timing. *Psychological Medicine*, 28(1), 51-61.
Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/619196067?accountid=14549>
- Angold, A., Erkanli, A., Silberg, J., Eaves, L., y Costello, E. J. (2002). Depression scale scores in 8-17 years-olds: effects of age and gender. *Journal of child psychology and psychiatry*, 43, 1052-1063.
- Angold, A. y Worthman, C. M. (1993). Puberty onset of gender differences in rates of depression: a developmental, epidemiologic and neuroendocrine perspective. *Journal of Affective Disorders*, 29, 145-58.
- Angst J, Sellaro R, y Merikangas KR. (2000) Depressive spectrum diagnoses. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 39–47.
- Armitage, R. y Arnedt, J. T. (2011). *Sleep and circadian rhythms: An understudied area in treatment resistant depression*. (pp. 183-192) Arlington, VA.: American Psychiatric Publishing, Inc., Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/871544022?accountid=14549>
- Ash, C. y Huebner, E. S (2001). Environmental events and life satisfaction reports of adolescents: A test of cognitive mediation. *School Psychology International*, 22(3), 320-336. doi: <http://0-dx.doi.org.columbus.uhu.es/10.1177/0143034301223008>.
- Atienza, F. L., Balaguer, I. y García-Merita, M. L. (2003). Satisfaction with Life Scale: analysis of factorial invariance across sexes. *Personality and Individual Differences*, 35, 1255–1260. doi:10.1016/S0191-8869(02)00332-X.
- Atienza, F. L., Pons, D., Balaguer, I., y García-Merita, M. L. (2000). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en adolescentes. *Psicothema*, 12 (2), 331-336.
- Auerbach, R. P. y Ho, M. R. (2012). A cognitive-interpersonal model of adolescent depression: The impact of family conflict and depressogenic cognitive styles. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 41(6), 792-802.
Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/1220367152?accountid=14549>.

- Avenevoli, S. y Steinberg, L. (2001) The continuity of depression across the adolescent transition, *Advances in Child Development and Behavior*, 28, 139-173
- Avia, M.D. y Vázquez, C. (1998). *Optimismo inteligente. Psicología de las emociones positivas*. Madrid: Alianza Editorial.
- Babiss, L. A. y Gangwisch, J. E. (2009). Sports participation as a protective factor against depression and suicidal ideation in adolescents as mediated by self-esteem and social support. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 30(5), 376-384. doi:<http://dx.doi.org/10.1097/DBP.0b013e3181b33659>
- Bagner, D. M., Pettit, J. W., Lewinsohn, P. M. y Seeley, J. R. (2010). Effect of maternal depression on child behavior: A sensitive period? *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 49(7), 699-707. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/00004583-201007000-00010>
- Barra, E. A., Cerna, R. C., Kramm, D. M. y Véliz, V. V. (2006). Problemas de salud, estrés, afrontamiento, depresión y apoyo social en adolescentes. *Terapia Psicológica*, 24(1), 55-61. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/621395625?accountid=14549>
- Batista-Foguet, J. M. y Coenders, G. (2000). *Modelos de Ecuaciones Estructurales*. Madrid: La Muralla.
- Batista-Foguet, J. M., Coenders, G. , y Alonso, J. (2004). Análisis factorial confirmatorio. Su utilidad en la validación de cuestionarios relacionados con la salud. *Medicina Clínica*, 122 (Supl 1), 21-27.
- Beal, S. J., Negriff, S., Dorn, L. D., Pabst, S. y Schulenberg, J. (2013). Longitudinal associations between smoking and depressive symptoms among adolescent girls. *Prevention Science*, doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s11121-013-0402-x>
- Bearsley, C. y Cummins, R. A. (1999). No place called home: Life quality and purpose of homeless youths. *Journal of Social Distress and the Homeless*, 8(4), 207-226. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/38796939?accountid=14549>.
- Bennett, D.S., Ambrosini, P.J., Kudes, D., Metz, C. y H. Rabinovich. (2005). Gender differences in adolescent depression: Do symptoms differ for boys and girls? *Journal of Affective Disorders*, 89, 35-44
- Benoit, A., Lacourse, E. y Claes, M. (2013). Pubertal timing and depressive symptoms in late adolescence: The moderating role of individual, peer, and parental

- factors. *Development and Psychopathology*, 25(2), 455-471. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/1413433381?accountid=14549>
- Benjet C, y Hernandez-Guzman L.(2002) A short-term longitudinal study of pubertal change, gender, and psychological wellbeing of Mexican early adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*; 31, 429–442.
- Bergman, M. M. y Scott, J. (2001). Young adolescents' wellbeing and health-risk behaviours: gender and socio-economic differences. *Journal of Adolescence*, 24, 183-197. doi:10.1006/jado.2001.0378.
- Bijttebier, P., Raes, F., Vasey, M. W. y Feldman, G. C. (2012). Responses to positive affect predict mood symptoms in children under conditions of stress: A prospective study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(3), 381-389. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10802-011-9579-2>
- Birmaher, B., Arbelaez, C. y Brent, D. (2002) Course and Outcome of Child and Adolescent Major Depressive Disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 11(3), 619-37.
- Birmaher, B., Ryan, N. D., Williamson, D. E., Brent, D. A., Kaufman, J., Dahl, R. E., Perel, J. y Nelson, B. (1996). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years: part I. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 35,1427- 1439
- Black, S. W. y Pössel, P. (2013). The combined effects of self-referent information processing and ruminative responses on adolescent depression. *Journal of Youth and Adolescence*, 42(8), 1145-1154. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10964-012-9827-y>
- Blank, L., Baxter, S., Goyder, E., Naylor, P., Guillaume, L., Wilkinson, A., Hummel, S. y Chilcott, J. (2010). Promoting well-being by changing behaviour: A systematic review and narrative synthesis of the effectiveness of whole secondary school behavioural interventions. *Mental Health Review Journal*, 15(2), 43-53.
- Blatný, M., Jelínek, M., Blížkovská, J. y Klimusová, H. (2004). Personality correlates of self-esteem and life satisfaction. *Studia Psychologica*, 46(2), 97-104. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/620468108?accountid=14549>.
- Bluth, J. L. (2007). *An exploration of the perception of body image satisfaction and depression among preadolescents and adolescents*. Dissertation Abstracts

- International Section A: Humanities and Social Sciences, 2654. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/622060182?accountid=14549>
- Bowlby, J. (1969). Disruption of affectional bonds and its effects on behavior. *Canada's Mental Health Supplement*, 59, 12. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/615639359?accountid=14549>.
- Bossarte, R. M. y Swahn, M. H. (2011). The associations between early alcohol use and suicide attempts among adolescents with a history of major depression. *Addictive Behaviors*, 36(5), 532-535. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2010.12.031>
- Bradley, R. H. y Corwyn, R. F. (2004). Life satisfaction among european american, african american, chinese american, mexican american, and dominican american adolescents. *International Journal of Behavioral Development (Print)*, 28(5), 385-400. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/64591018?accountid=14549>.
- Brausch, A. M. y Gutierrez, P. M. (2009). The role of body image and disordered eating as risk factors for depression and suicidal ideation in adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 39(1), 58-71. doi:<http://dx.doi.org/10.1521/suli.2009.39.1.58>
- Breland-Noble, A. y Weller, B. (2012). Examining african american adolescent depression in a community sample: The impact of parent/child agreement. *Journal of Child and Family Studies*, 21(5), 869-876. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10826-011-9547-z>.
- Brière, F. N., Archambault, K. y Janosz, M. (2013). Reciprocal prospective associations between depressive symptoms and perceived relationship with parents in early adolescence. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue Canadienne De Psychiatrie*, 58(3), 169-176. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/1367577931?accountid=14549>.
- Brook, J. S., Schuster, E. y Zhang, C. (2004). Cigarette smoking and depressive symptoms: A longitudinal study of adolescents and young adults. *Psychological Reports*, 95(1), 159-166. doi:<http://dx.doi.org/10.2466/PR.95.5.159-166>
- Brooks-Gunn, J. y Warren, M. P. (1989). Biological and social contributions to negative affect in young adolescent girls. *Child Development*, 60(1), 40-55. Recuperado <http://search.proquest.com/docview/37236713?accountid=14549>

- Bryant, F. B. (2003). Savoring beliefs inventory (SBI): A scale for measuring beliefs about savouring. *Journal of Mental Health*, 12(2), 175-196. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/215281008?accountid=14549>.
- Buchanan, C. M., Eccles, J. S. y Becker, J. B. (1992). Are adolescents the victims of raging hormones - evidence for activational effects of hormones on moods and behavior at adolescence. *Psychological Bulletin*, 111(1), 62-107. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/839255207?accountid=14549>
- Bureau, J., Easterbrooks, M. A. y Lyons-Ruth, K. (2009). Maternal depressive symptoms in infancy: Unique contribution to children's depressive symptoms in childhood and adolescence? *Development and Psychopathology*, 21(2), 519-537. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0954579409000285>
- Burwell, R. A. y Shirk, S. R. (2007). Subtypes of rumination in adolescence: Associations between brooding, reflection, depressive symptoms, and coping. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36(1), 56-65. doi: http://dx.doi.org/10.1207/s15374424jccp3601_6
- Callahan, M. R., Tolman, R. M. y Saunders, D. G. (2003). Adolescent dating violence victimization and psychological well-being. *Journal of Adolescent Research*, 18(6), 664-681. doi: 10.1177/0743558403254784.
- Campillo, N. C., Zafra, A. O. y Redondo, A. B. (2008). Relaciones entre la práctica de actividad física y el autoconcepto, la ansiedad y la depresión en chicas adolescentes. *Cuadernos De Psicología Del Deporte*, 8(1), 61-77. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/851238669?accountid=14549>
- Canals, J., Marti-Henneberg, C., Fernández-Ballart, J. y Domènech, E. (1995). A longitudinal study of depression in an urban spanish pubertal population. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 4(2), 102-111. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/77360382?accountid=14549>
- Canino, G., Shrout, P., Rubio-Stipec, M., Bird, H., Bravo, M., Ramirez, R., Chaves, L., Alegría, M., Bauermeister, J. J., Hohmann, A., Ribera, J., García, P., y Martínez-Taboas, A.. (2004). The DSM-IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico. *Archives of General Psychiatry*, 61, 85-93.
- Casas, F., Bălăţescu, S., Bertran, I., González, M. y Hatos, A. (2013). School satisfaction among adolescents: Testing different indicators for its measurement and its relationship with overall life satisfaction and subjective well-being in

- romania and spain. *Social Indicators Research*, 111(3), 665-681. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s11205-012-0025-9>.
- Casas, F., Figuer, C., Gonzalez, M., Malo, S., Alsinet, C. y Subarroca, S. (2007). The well-being of 12- to 16- year-old adolescents and their parents: results from 1999 to 2003 spanish samples. *Social Indicators Research*, 83, 87–115. doi: 10.1007/s11205-006-9059-1.
- Casas, F., Rosich, M. y Alsinet, C. (2001). El bienestar psicológico de los preadolescentes, *Anuario de Psicología*, 31(2), 73-86.
- Cesario, S. K., y Hughes, L. A. (2007). Precocious puberty: a comprehensive review of literature. *Journal of Obstetric, Gynecologic, y Neonatal Nursing*, 36(3), 263-274.
- Chaiton, M., Sabiston, C., O'Loughlin, J., McGrath, J. J., Maximova, K. y Lambert, M. (2009). A structural equation model relating adiposity, psychosocial indicators of body image and depressive symptoms among adolescents. *International Journal of Obesity*, 33(5), 588-596. doi:<http://dx.doi.org/10.1038/ijo.2009.43>
- Chang, L., McBride-Chang, C., Stewart, S., y Au, E. (2003). Life satisfaction, self-concept, and family relations in Chinese adolescents and children. *International journal of behavioral development*, 27 (2), 182-189.
- Chappel, A., Suldo, S. M., y Ogg, J. (2012). Associations between adolescents family stressors and life satisfaction. *Journal of Child and Family Studies*. Doi: 10.1007/s10826-012-9687-9
- Cheng, S., Cheung, K. C. C. y Cheung, C. (2008). Peer victimization and depression among Hong Kong adolescents. *Journal of Clinical Psychology*, 64(6), 766-776. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/jclp.20489>
- Cheung, C. S., Ng, V. C. N. y McBride-Chang, C. (2007). Perceived pubertal timing, life satisfaction, and depression among early Hong Kong adolescents: Boys at risk? *Journal of Psychology in Chinese Societies*, 8(2), 179-198. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/622209900?accountid=14549>.
- Christiana, J. M., Gilman, S. E., Guardino, M., Mickelson, K., Morselli, P. L., Olfson, M., y Kessler, R. C. (2000). Duration between onset and time of obtaining initial treatment among people with anxiety and mood disorders: an international survey of members of mental health patient advocate groups. *Psychological Medicine*, 30(3), 693-703.

- Cicchetti, D., y Rogosch, F. A. (2002). A developmental psychopathology perspective on adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 6-20.
- Civitci, A. (2010). Moderator role of self-esteem on the relationship between life satisfaction and depression in early adolescents. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 15(2), 141-152. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/761416463?accountid=14549>.
- Çivitci, N. y Çivitci, A. (2009). Self-esteem as mediator and moderator of the relationship between loneliness and life satisfaction in adolescents. *Personality and Individual Differences*, 47, 954–958. doi:10.1016/j.paid.2009.07.022.
- Clark, L. A. y Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 316-336. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.100.3.316>
- Clark, L. A., Watson, D., y Mineka, S. (1994). Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 103–116.
- Clarke, G. y Harvey, A. G. (2012). The complex role of sleep in adolescent depression. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 21(2), 385-400. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.chc.2012.01.006>
- Coenders, G., Batista-Foguet, J. M. y Saris, W. E. (2005). *Temas avanzados en modelos de ecuaciones estructurales*. Madrid: La Muralla.
- Cole, D. A., Martin, J. M., Peeke, L. A., Seroczynski, A. D. y Fier, J. (1999). Children's Over- and Underestimation of Academic Competence: A Longitudinal Study of Gender Differences, Depression, and Anxiety. *Child development*, 70 (2), 459-473.
- Coleman, J. (2009). Well-being in schools: empirical measure, or politician's dream? *Oxford Review of Education*, 35(3), 281-292.
- Committee on Adolescent Health Care (2006). Menstruation in Girls and Adolescents: Using the Menstrual Cycle as a Vital Sign. *Pediatrics*, 118, 2245-2250.
- Conway, K.P., Compton, W., Stinson, F.S. y Grant, B.F. (2006). Lifetime comorbidity of DSM-IV mood and anxiety disorders and specific drug use disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 247–257.

- Compas, B.E., y Reeslund, K.L. (2009). Processes of risk and resilience during adolescence. In R. M. Lerner y L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology* (3rd ed., Vol. 1, pp. 561-588). New York, NY: Wiley.
- Corsano, P., Majorano, M. y Champetravy, L. (2006). Psychological well-being in adolescence: the contribution of interpersonal relations and experience of being alone. *Adolescence*, 41(162), 341-353.
- Costello, E. J., Erkanli, A., y Angold, A. (2006). Is there an epidemic of child or adolescent depression? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 1263–1271.
- Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., y Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*: 60, 837-844.
- Cummins, R. A. (1997). *The Comprehensive Quality of Life Scale (ComQol)*. Melbourne: Deakin University.
- Çivitci, A. (2010). Moderator role of self-esteem on the relationship between life satisfaction and depression in early adolescents. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 15(2), 141-152.
doi:<http://dx.doi.org/10.1080/13632752.2010.480885>
- Çivitci, N., Çivitci, A., y Fiyakali, N. C. (2009). Loneliness and life satisfaction in adolescents with divorced and non-divorced parents. *Kuram Ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*, 9(2), 513-525. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/817613663?accountid=14549>.
- Daley, S. E. y Hammen, C. (2002). Depressive symptoms and close relationships during the transition to adulthood: Perspectives from dysphoric women, their best friends, and their romantic partners. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(1), 129-141. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.70.1.129>
- Danielsson, N. S., Harvey, A. G., MacDonald, S., Jansson-Fröjmark, M. y Linton, S. J. (2013). Sleep disturbance and depressive symptoms in adolescence: The role of catastrophic worry. *Journal of Youth and Adolescence*, 42(8), 1223-1233. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10964-012-9811-6>
- Davidson, R. J., Pizzagalli, D., Nitschke, J. B. y Putnam, K. (2002). Depression: Perspectives from affective neuroscience. *Annual Review of Psychology*, 53,

<http://search.proquest.com/docview/205754526?accountid=14549>

Dawson, B. A., Perez, R. M. y Suárez-Orozco, C. (2012). Exploring differences in family involvement and depressive symptoms across Latino adolescent groups. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 22(2), 153-171. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/10911359.2012.647473>.

Dawson, G., Frey, K., Panagiotides, H., Osterling, J., y Hessel, D. (1997). Infants of Depressed Mothers Exhibit Atypical Frontal Brain Activity A Replication and Extension of Previous Findings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(2), 179-186.

de Matos, M., Barrett, P., Dadds, M. y Shortt, A. (2003). Anxiety, depression, and peer relationships during adolescence: Results from the portuguese national health behavior in school-aged children survey. *European Journal of Psychology of Education*, 18(1), 3-12. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/BF03173600>

de Matos, M. G., Simões, C., Batista-Foguet, J., & Cottraux, J. (2010). Facteurs personnels et facteurs sociaux associés à la perception de santé et à la perception de bonheur dans une population adolescente non clinique. *L'Encéphale: Revue De Psychiatrie Clinique Biologique Et Thérapeutique*, 36(1), 39-45. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2008.08.002>

de Matos, M. G., Tomé, G., Borges, A. I., Manso, D., Ferreira, P., & Ferreira, A. (2008). Anxiety, depression and coping strategies: Improving the evaluation and the understanding of these dimensions during pre-adolescence and adolescence. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 8(2), 169-184. Recuperado

<http://search.proquest.com/docview/621568611?accountid=14549>

Del Barrio, V., Roa, L., Olmedo, M. y Colodrón (2002). Primera adaptación del CDI-S a población española. *Acción Psicológica*, 1, 263-272.

Demo, D. H., y Acock, A. C. (1996). Family structure, family process, and adolescent well-being. *Journal of Research on Adolescence*, 6, 457-488.

Derdikman-Eiron, R., Indredavik, M. S., Bratberg, G. H., Taraldsen, G., Bakken, I. J. y Colton, M. (2011). Gender differences in subjective well-being, self-esteem and psychosocial functioning in adolescents with symptoms of anxiety and

- depression: Findings from the Nord-Trøndelag health study. *Scandinavian Journal of Psychology*, 52, 261–267. doi: 10.1111/j.1467-9450.2010.00859.x.
- Desha, L. N., Nicholson, J. M. y Ziviani, J. M. (2011). Adolescent depression and time spent with parents and siblings. *Social Indicators Research*, 101(2), 233-238. doi:http://dx.doi.org/10.1007/s11205-010-9658-8.
- Desjardins, T. L. y Leadbeater, B. J. (2011). Relational victimization and depressive symptoms in adolescence: Moderating effects of mother, father, and peer emotional support. *Journal of Youth and Adolescence*, 40(5), 531-544. doi:http://dx.doi.org/10.1007/s10964-010-9562-1
- Diener, E. (1994). Assessing subjective well-being: Progress and opportunities. *Social Indicators Research*, 31, 103–157.
- Diener E. (2000). Subjective well-being: the science of happiness, and a proposal for a national index. *American Psychological Association*, 55, 34–43.
- Diener, E. y Diener, C. (1996). Most people are happy. *Psychological Science*, 7(3), 181-4.
- Diener, E. y Diener, M. (1995). Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(4), 653-663. doi:http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.68.4.653.
- Diener E, Diener M, y Diener C. (1995). Factors predicting the subjective well-being of nations. *Journal of Personality and Social Psychology*. 69, 851–64
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., y Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Diener E., y Lucas R.E. (2000). Explaining differences in societal levels of happiness: relative standards, need fulfillment, culture, and evaluation theory. *Journal of Happiness Studies*, 1, 41–78.
- Diener, E., Oishi, S., y Lucas, R. E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, 54, 403-425.
- Diener E. y Suh E.M. (2000). *Culture and Subjective Well-Being*. Cambridge, MA: MIT Press
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., y Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: three decades of progress. *Psychological bulletin*, 125 (2). 276-302.

- Dishman, R. K., Hales, D. P., Pfeiffer, K. A., Felton, G. A., Saunders, R., Ward, D. S., Dowda, M., y Pate, R. R. (2006). Physical self-concept and self-esteem mediate cross-sectional relations of physical activity and sport participation with depression symptoms among adolescent girls. *Health Psychology*, 25(3), 396-407. doi:http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.25.3.396
- Dmitrieva, J., Chen, C., Greenberger, E., y Gil-Rivas, V. (2004). Family relationships and adolescent psychological outcomes: Converging findings from Eastern and Western cultures. *Journal of Research on Adolescence*, 14, 425–447.
- Dockray, S., Susman, E. y Dorn, L. (2009) Depression, cortisol reactivity and obesity in childhood and adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 45 (4), 344-350.
- Due, P., Damsgaard, M. T., Lund, R., & Holstein, B. E. (2009). Is bullying equally harmful for rich and poor children?: A study of bullying and depression from age 15 to 27. *European Journal of Public Health*, 19(5), 464- 469. doi:http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckp099
- Due, P., Holstein, B. E., Lynch, J., Diderichsen, F., Gabhain, S. N., Scheidt, P., & Currie, C. (2005). Bullying and symptoms among school-aged children: International comparative cross sectional study in 28 countries. *European Journal of Public Health*, 15(2), 128-132. doi:http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/cki105
- Dumont, M. y Provost, M. A. (1999). Resilience in adolescents: Protective role of social support, coping strategies, self-esteem, and social activities on experience of stress and depression. *Journal of Youth and Adolescence*, 28(3), 343-363. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/619399290?accountid=14549>
- East, C. G. (2010). *African American female adolescent body image distress: Impact on self-esteem and life satisfaction*. Dissertation Abstracts International: Section B. The Sciences and Engineering, 2668. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/819633129?accountid=14549>.
- Ecclestone, K., y Hayes, D. (2009). Changing the subject: the educational implications of developing emotional well-being. *Oxford Review of Education*, 35(3), 371-389.

- Edwards, L. M., y Lopez, S. J. 2006. Perceived family support, acculturation, and life satisfaction in Mexican American youth: A mixed-methods exploration. *Journal of Counseling Psychology*, 53(3), 279-287.
- Effinger, J. M. y Stewart, D. G. (2012). Classification of cooccurring depression and substance abuse symptoms predicts suicide attempts in adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42(4), 353-358. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1943-278X.2012.00092.x>
- Emslie, G. J., Rush, A. J., Weinberg, W. A., Rintelmann, J. W. y Roffwarg, H. P. (1994). Sleep EEG features of adolescents with major depression. *Biological Psychiatry*, 36(9), 573-581. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/618635086?accountid=14549>
- Elovainio, M., Hurme, M., Jokela, M., Pulkki-Råback, L., Kivimäki, M., Hintsanen, M., Hintsanen, T., Lehtimäki, T., Viikari, J., Raitakari, O. T. y Keltikangas-Järvinen, L. (2012) Indoleamine 2,3-dioxygenase activation and depressive symptoms: Results from the young finns study. *Psychosomatic Medicine*, 74(7), 675-681.
- Elster, A., Jarosik, J., Van Geest, J., y Fleming, M. (2003). Racial and ethnic disparities in health care for adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 157, 867-874.
- Emmons, R. A. (1986). Personal strivings: An approach to personality and subjective well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1058–1068.
- Erdur-Baker, Ö. (2009). Peer victimization, rumination, and problem solving as risk contributors to adolescents' depressive symptoms. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 143(1), 78-90. doi:<http://dx.doi.org/10.3200/JRLP.143.1.78-90>
- Erikson, E. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York: Norton.
- Eshbaugh, E. M. (2008). Perceptions of family relationship factors and depressive symptoms in adolescents: What roles do parents and gender play? *Journal of Child and Family Studies*, 17(1), 127-139. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10826-007-9143-4>
- Espada, J. P., Sussman, S., Medina, T. B. H. y Alfonso, J. P. (2011). Relation between substance use and depression among Spanish adolescents. *International Journal*

- of *Psychology y Psychological Therapy*, 11(1), 79-90. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/876192546?accountid=14549>
- Essex, M.J., Klein, M.H., Cho, E., y Kalin, N.H. (2002). Maternal stress beginning in infancy may sensitize children to later stress exposure: Effects on cortisol and behavior. *Biological Psychiatry*, 52, 776-784.
- Estevez, E., Musitu, G., Murgui, S., y Moreno, D. (2008). Clima familiar, clima escolar y satisfacción con la vida en adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 25 (1), 119-128.
- Farmer, E. M., Burns, B.J., Phillips, S.D., Angold, A., y Costello, E.J. (2003) Pathways into and through mental health services for children and adolescents. *Psychiatric Services*. 54(1), 60–66. doi: 10.1176/appi.ps.54.1.60.
- Feehan, M., McGee, R., Nada Raja, S. y Williams, S. M. (1994). DSM-III-R disorders in New Zealand 18-year-olds Australian and New Zealand. *Journal of Psychiatry*, 28, 87-99.
- Feldman, G. C., Joormann, J. y Johnson, S. L. (2008). Responses to positive affect: A self-report measure of rumination and dampening. *Cognitive Therapy and Research*, 32(4), 507-525. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10608-006-9083-0>.
- Feldman, S. S., y Elliott, G. R. (Eds.). (1990). *At the threshold: The developing adolescent*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Fergusson, D. M., y Horwood, L. J. (2001). The Christchurch Health and Development Study: Review of Findings on Child and Adolescent Mental Health. Australian and New Zealand. *Journal of Psychiatry*, 35, 287-296.
- Fergusson, D. M., Wanner, B., Vitaro, F., Horwood, L. J. y Swain-Campbell, N. (2003). Deviant peer affiliations and depression: Confounding or causation?. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31(6), 605-618. doi:<http://dx.doi.org/10.1023/A:1026258106540>
- Ferguson, Y. L., Kasser, T. y Jahng, S. (2011). Differences in life satisfaction and school satisfaction among adolescents from three nations: The role of perceived autonomy support. *Journal of Research on Adolescence*, 21(3), 649-661. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-7795.2010.00698.x>.
- Fernández-Berrocal, P., Alcaide, R., Extremera, N. y Pizarro, D. (2006). The role of emotional intelligence in anxiety and depression among adolescents. *Individual*

- Differences Research*, 4(1), 16-27. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/621140073?accountid=14549>
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. y Ramos, N. (2004) Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, 94, 751-755.
- Flouri, E. y Buchanan, A. (2002). Life satisfaction in teenage boys: The moderating role of father involvement and bullying. *Aggressive Behavior*, 28(2), 126-133. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/ab.90014>.
- Foster, H., Hagan, J. y Brooks-Gunn, J. (2008). Growing up fast: Stress exposure and subjective 'weathering' in emerging adulthood. *Journal of Health and Social Behavior*, 49(2), 162-177. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/61672852?accountid=14549>
- Franko, D.L. y Striegel-Moore, R.H. (2002) The role of body dissatisfaction as a risk factor for depression in adolescent girls: Are the differences Black and White? *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 975-983.
- Franko, D. L., Striegel-Moore, R. H., Thompson, D., Schreiber, G. B. y Daniels, S. R. (2005). Does adolescent depression predict obesity in Black and White young adult women? *Psychological Medicine*, 35, 1505-1513.
- Fredrickson, B. L. (1998). What good are positive emotions? *Review of General Psychology*, 2(3), 300-319. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.300>
- Freud S. (1917). *Mourning and melancholia*. London: Hogarth.
- Frías, D., Mestre, V., del Barrio, V. y García-Ros, R. (1992). Estructura familiar y depresión infantil. *Anuario de Psicología*, 52, 121-131.
- Frisch, M.B. (1999). Quality of life assessment/intervention and the Quality of Life Inventory™ (QOLI®). En M.E. Maruish (Ed.). *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment (2nd Ed.)* (pp. 1277–1331). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Fröjd, S. A., Nissinen, E. S., Pelkonen, M. U. I., Marttunen, M. J., Koivisto, A. y Kaltiala-Heino, R. (2008). Depression and school performance in middle adolescent boys and girls. *Journal of Adolescence*, 31(4), 485-498. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.adolescence.2007.08.006>

- Fuligni, A. J. y Hardway, C. (2006). Daily variation in adolescents' sleep, activities, and psychological well-being. *Journal of research on adolescence*, 16(3), 353–378.
- Gagné, M., Marcotte, D. y Fortin, L. (2011). L'impact de la dépression et de l'expérience scolaire sur le décrochage scolaire des adolescents. *Canadian Journal of Education*, 34(2), 72-92. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/922502754?accountid=14549>
- Galambos, N.L., Leadbeater, B.J., y Barker, E.T. (2004). Gender differences in and risk factors for depression in adolescence: A four-year longitudinal study. *International Journal of Behavioral Development*, 28, 16-25.
- Gaté, M. A., Watkins, E. R., Simmons, J. G., Byrne, M. L., Schwartz, O. S., Whittle, S., Sheeber, L., y Allen, N. B. (2013). Maternal parenting behaviors and adolescent depression: The mediating role of rumination. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 42(3), 348-357. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/15374416.2012.755927>
- Garber, J., y Downs, L. E. (2010). Prevention of depression in youth: Sex differences in effects. *Nursing Research*, 59(3), 185-193.
- Gaudineau, A., Ehlinger, V., Vayssiere, C., Jouret, B., Arnaud, C., y Godeau, E. (2010). Factors associated with early menarche: results from the French Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study. *BMC Public Health*, 10, 175.
- Gaylord-Harden, N., Taylor, J. J., Campbell, C. L., Kesselring, C. M. y Grant, K. E. (2009). Maternal attachment and depressive symptoms in urban adolescents: The influence of coping strategies and gender. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 38(5), 684-695. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/15374410903103569>
- Ge, X., Brody, G. H., Conger, R. D., y Simons, R. L. (2006). Pubertal maturation and African American children's internalizing and externalizing symptoms. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(4), 528-537.
- Ge, X., Lorenz, F. O., Conger, R. D., Elder, G. H. y Simons, R. L. (1994). Trajectories of stressful life events and depressive symptoms during adolescence. *Developmental psychology*, 30, 467-483.
- Ge, X., Natsuaki, M. N., Neiderhiser, J. M. y Reiss, D. (2009). The longitudinal effects of stressful life events on adolescent depression are buffered by parent-child

- closeness. *Development and Psychopathology*, 21(2), 621-635.
doi:<http://dx.doi.org/10.1017/S0954579409000339>.
- Gilder, D. A. y Ehlers, C. L. (2012). Depression symptoms associated with cannabis dependence in an adolescent American Indian community sample. *The American Journal on Addictions*, 21(6), 536-543.
doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1521-0391.2012.00281.x>
- Gilder, D., y Ehlers, C. (2012). Depression symptoms associated with cannabis dependence in an adolescent American Indian community sample. *American Journals on Addiction*, 21(6), 536-43. doi: 10.1111/j.1521-0391.2012.00281.x.
- Gilman, R. (2001). The relationship between life satisfaction, social interest, and frequency of extracurricular activities among adolescents students. *Journal of youth and adolescence*, 30, 749-767.
- Gilman, R., Dooley, J., y Florell, D. (2006). Relative levels of hope and their relationship with academic and psychological indicators among adolescents. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25, 166– 178.
- Gilman, R. y Huebner, E. S. (1997). Children's reports of their life satisfaction: Convergence across raters, time and response formats. *School Psychology International* 18(3), 229-243. doi:
<http://0-dx.doi.org.columbus.uhu.es/10.1177/0143034397183004>.
- Gilman, R. y Huebner, E. S. (2003). A review of life satisfaction research with children and adolescents. *School Psychology Quarterly*, 18(2), 192-205.
doi: <http://0-dx.doi.org.columbus.uhu.es/10.1521/scpq.18.2.192.21858>.
- Gilman, R. y Huebner, E. S. (2006). Characteristics of adolescents who report very high life satisfaction. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(3), 293-301.
doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10964-006-9036-7>.
- Gilman, R. y Huebner, E. S. (2006). Characteristics of adolescents who report very high life satisfaction. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(3), 311-319.
- Gilman, R., Huebner, E. S. y Laughlin, J. E. (2000). A first study of the multidimensional students' life satisfaction scale with adolescents. *Social Indicators Research*, 52(2), 135-160. Recuperado de
<http://search.proquest.com/docview/60082903?accountid=14549>
- Giudice, J. (2006). *Body image concerns of the adolescent female and the impact on self-esteem and life satisfaction*. Dissertation Abstracts International: Section B:

- The Sciences and Engineering, 1181. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/621578178?accountid=14549>.
- Gillham, J. E., Brunwasser, S. M., y Freres, D. R. (2008). Preventing depression in early adolescence. In J.R.Z. Abela y B.L. Hankin (Eds.), *Handbook of depression in children and adolescents*, (pp. 309-322). New York, NY: Guilford Press
- Gillham, J. E., Reivich, K. J., Brunwasser, S. M., Freres, D. R., Chajon, N. D., Kash-MacDonald, V. M., Chaplin, T. M., Abenavoli, R. M., Matlin, S. L., Gallop, R. J., y Seligman, M. E. (2012). Evaluation of a Group Cognitive-Behavioral Depression Prevention Program for Young Adolescents: A Randomized Effectiveness Trial. *Journal of Clinical Child y Adolescent Psychology*, 41(5), 621-639.
- Gillham, J. E., Shatté, A. J., y Freres, D. R. (2000). Preventing depression: A review of cognitive-behavioral and family interventions. *Applied and Preventive Psychology*, 9(2), 63-88.
- Gomes, M. M., Davis, B. L., Baker, S. R. y Servonsky, E. J. (2009). Correlation of the experience of peer relational aggression victimization and depression among african american adolescent females. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 22(4), 175-181. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1744-6171.2009.00196.x>
- Goodman, E., Slap, G. B. y Huang, B. (2003). The public health impact of socioeconomic status on adolescent depression and obesity. *American Journal of Public Health*, 93(11), 1844-1850. doi:<http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.93.11.1844>.
- Goodman, S. H. y Gotlib, I. H. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review*, 106(3), 458-490. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.106.3.458>.
- Götestam, K. G., Svebak, S., y Jensen, E. (2008) The role of personality, mood, subjective health, and stress in depressive symptoms among high school students. *European Journal of Psychiatry*, 22 (3), 121-129.
- Gotlib, I. H. y Hammen, C. L. (1992). *Psychological aspects of depression: Toward a cognitive-interpersonal integration*. Oxford: John Wiley and Sons. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/618229455?accountid=14549>

- Gotlib, I. H., Lewinsohn, P. M., y Seeley, J. R. (1995). Symptoms versus a diagnosis of depression: Differences in psychosocial functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 90-100.
- Gotlib, I. H., Lewinsohn, P. M., y Seeley, J. R. (1998). Consequences of depression during adolescence: Marital status and marital functioning in early adulthood. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(4), 686-690.
- Gotlib, I. H., Joormann, J., Minor, K. L., y Cooney, R. E. (2006). Cognitive and biological functioning in children at risk for depression. *Biology of personality and individual differences*, 353-382.
- Gray, L. y Leyland, A. H. (2008). Overweight status and psychological well-being in adolescent boys and girls: a multilevel analysis. *European Journal of Public Health*, 18(6), 616–621. doi:10.1093/eurpub/ckn044.
- Green, K. M., Zebrak, K. A., Fothergill, K. E., Robertson, J. A. y Ensminger, M. E. (2012). Childhood and adolescent risk factors for comorbid depression and substance use disorders in adulthood. *Addictive Behaviors*, 37(11), 1240-1247. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.06.008
- Greene, S. M., Anderson, E. R., Doyle, E. A., y Riedelbach, H. (2006). Divorce. En G. G. Bear y K. M. Minke (Eds.), *Children's needs III: Development, prevention and intervention* (pp. 745–757). Bethesda, MD: National Association of School Psychologists.
- Greenberg, M., Siegel, J., y Leitch, C. (1983). The nature and importance of attachment relationships to parents and peers during adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 12, 373 – 386.
- Greenspoon, P. J., y Saklofske, D. H. (1997). Validity and reliability of the Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale with Canadian children. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 7, 138-155
- Grossman, M. y Rowat, K. M. (1995). Parental relationships, coping strategies, received support and well-being in adolescents of separated or divorced and married parents. *Research in Nursing y Health*, 18, 249-261.
- Guibord, M., Bell, T., Romano, E. y Rouillard, L. (2011). Risk and protective factors for depression and substance use in an adolescent child welfare sample. *Children and Youth Services Review*, 33(11), 2127-2137. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2011.06.019

- Hammen, C. y Brennan, P. A. (2001). Depressed adolescents of depressed and nondepressed mothers: Tests of an interpersonal impairment hypothesis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(2), 284-294. doi:http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.69.2.284.
- Hammen, C., Henry, R. y Daley, S. E. (2000). Depression and sensitization to stressors among young women as a function of childhood adversity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 782-787. doi:http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.68.5.782.
- Hankin, B. L. (2005). Childhood maltreatment and psychopathology: Prospective tests of attachment, cognitive vulnerability, and stress as mediating processes. *Cognitive Therapy and Research*, 29(6), 645-671. doi:http://dx.doi.org/10.1007/s10608-005-9631-z.
- Hankin, B. L. (2008). Rumination and depression in adolescence: Investigating symptom specificity in a multiwave prospective study. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37(4), 701-713. doi:http://dx.doi.org/10.1080/15374410802359627
- Hankin, B. L. y Abela, J. R. Z. (2008). Depression from childhood through adolescence and adulthood: a developmental vulnerability and stress perspective. En B. L. Hankin y J. R. Z. Abela (Eds.), *Development of psychopathology: a vulnerability-stress perspective* (pp. 245-288). Thousands Oaks, CA: Sage.
- Hankin, B. L. y Abramson, L. Y. (1999). Development of gender differences in depression: Description and possible explanations. *Annals of Medicine*, 31, 372-379.
- Hankin, B. L. y Abramson, L. Y. (2001). Development of gender differences in depression: an elaborated cognitive vulnerability-transactional stress theory. *Psychological Bulletin*, 127, 773-796.
- Hankin, B. L., Abramson, L. Y., Moffitt, T. E., McGee, R., Silva, P. A., y Angell, K. E. (1998). Development of depression from preadolescence to young adulthood: emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 128-140.
- Harkness, K. L., Bruce, A. E. y Lumley, M. N. (2006). The role of childhood abuse and neglect in the sensitization to stressful life events in adolescent

- depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(4), 730-741. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.115.4.730>.
- Harrington, R., Fudge, H., Rutter, M., Pickles, A. y Hill, J. (1990) Adult outcomes of childhood and adolescent depression: I. Psychiatric status. *Archives of General Psychiatry*, 47, 465-473.
- Harrington, R., Rutter, M. and Fombonne, E.(1996). Developmental pathways in depression: Multiple meanings, antecedents, and endpoints. *Development and Psychopathology*, 8, 601-616. doi:10.1017/S095457940000732X.
- Haydon, A. A. y Halpern, C. T. (2010). Older romantic partners and depressive symptoms during adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(10), 1240-1251. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10964-010-9539-0>
- Hayward, C., Killen, J. D., Wilson, D. M., Hammer, L. D., Litt, I. F., Kraemer, H. C., Haydel, F., Varady, A., y Taylor, C. B. (1997). Psychiatric risk associated with early puberty in adolescent girls. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(2), 255-262. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/65226854?accountid=14549>
- Heck, G. L. y Oudsten, B. L. (2008). Emotional intelligence: relationship to stress, health, and well-being. En A. Vingerhoets, I. Nyklicek, y J. Denollet (Eds.), *Emotion regulation. Conceptual and clinical issues* (pp. 97-121). New York, NY: Springer.
- Henriques, J. B. y Davidson, R. J. (2000). Decreased responsiveness to reward in depression. *Cognition and Emotion*, 14(5), 711-724. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/619485155?accountid=14549>
- Hervás, G., y Vázquez, C. (2006). La regulación afectiva: Modelos, investigación e implicaciones para la salud mental y física. *Revista De Psicología General y Aplicada*, 59 (1-2), 9-36. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/621603564?accountid=14549>
- Hervás, G. (2008). Adaptación al castellano de un instrumento para evaluar el estilo rumiativo: La escala de respuestas rumiativas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13 (2), 111-121.
- Hervás, G. (2011). Psicopatología de la regulación emocional: El papel de los déficit emocionales en los trastornos clinicos. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual: Revista Internacional Clínica y De La Salud*, 19(2), 347-372.

<http://search.proquest.com/docview/928986251?accountid=14549>

- Hervás, G., y Vazquez, C. (2011). What else do you feel when you feel sad? emotional overproduction, neuroticism and rumination. *Emotion*, 11(4), 881-895. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0021770>
- Hilt, L. M. y Nolen-Hoeksema, S. (2008). The emergence of gender differences in depression in adolescence. En S. Nolen-Hoeksema y L. Hilt (Eds) *Handbook of Depression in Adolescents* (pp. 111-135). New York, NY: Routledge.
- Hoberman, H. M., y Bergmann, P. E. (1992). Suicidal behavior in adolescence. *Current opinion in Psychiatry*, 5, 508-517.
- Holstein, B. E., Ito, H., y Due, P. (1990). Physical exercise among school children: a nation-wide sociomedical study of 1671 children 11-15 years of age. *Uheskr Laeger*, 152, 2721-2727.
- Horowitz, J. L., y Garber, J. (2006). The prevention of depressive symptoms in children and adolescents: A meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(3), 401.
- Horwood, L. J., Fergusson, D. M., Coffey, C., Patton, G. C., Tait, R., Smart, D., Letcher, P., Silins, E., y Hutchinson, D. M. (2012). Cannabis and depression: An integrative data analysis of four Australasian cohorts. *Drug and Alcohol Dependence*, 126(3), 369-378. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.06.002>
- Huebner, E. S. (1991). Further validation of the students' life satisfaction scale: The independence of satisfaction and affect ratings. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 9, 363-368.
- Huebner, E. S., Drane, J.W., y Valois, R.F. (2000). Levels and demographic correlates of adolescent life satisfaction reports. *School Psychology International*, 21, 281 – 292.
- Huebner, E. S. y Gilman, R. (2006). Students who like and dislike school. *Applied Research in Quality of Life*, 1(2), 139-150. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s11482-006-9001-3>.
- Huebner, E. S., Gilman, R. y Laughlin, J. E. (1999). A multimethod investigation of the multidimensionality of children's well-being reports: Discriminant validity of

- life satisfaction and self-esteem. *Social Indicators Research*, 46(1), 1-22.
Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/197617558?accountid=14549>.
- Huebner, E. S., Laughlin, J., Ash C. y Gilman R. (1998). Further validation of the Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale. *Journal of Psychoeducational Assessment* 16, 110–134.
- Huebner, E. S., Suldo, S.M., Smith, L. C. y McKnight, C. G. (2004), Life satisfaction in children and youth: Empirical foundations and implications for school psychologists, *Psychology in the Schools*, 41 (1), 81-93.
- Hughes, M. E. (2009). *Responses to positive affect: An examination of positive rumination and dampening*. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, , 7812. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/622065921?accountid=14549>
- Hurley, D. B. y Kwon, P. (2012). Results of a study to increase savoring the moment: Differential impact on positive and negative outcomes. *Journal of Happiness Studies*, 13(4), 579-588. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10902-011-9280-8>
- Huurre, T., Eerola, M., Rahkonen, O. y Aro, H. (2007). Does social support affect the relationship between socioeconomic status and depression? A longitudinal study from adolescence to adulthood. *Journal of Affective Disorders*, 100(1-3), 55-64. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/64544103?accountid=14549>.
- Ingram, R. E., Miranda, J. y Segal, Z. V. (1998). *Cognitive vulnerability to depression*. New York, NY: Guilford Press, Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/619351156?accountid=14549>
- Ivanenko, S., McLaughlin, V. y Gozal, D. (2005). Sleep and depression in children and adolescents. *Sleep Medicine Reviews*, 9, 115–129
- Jackson, B. y Goodman, E. (2011) Low social status markers: do they predict depressive symptoms in adolescence? *Race and Social Problems*, 13, 119–128. doi: 10.1007/s12552-011-9047-1.
- Jané-Llopis, E. (2002). *What makes the ounce of prevention effective? A meta-analysis of mental health promotion and mental disorder prevention programmes [dissertation]*. Nijmegen: University of Nijmegen.

- Jané-Llopis, E. (2004). La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (89), 67-77.
- Jané-Llopis, E., y Barry, M. M. (2005). What makes mental health promotion effective. *Promotion and Education*, 12(2), 47-54.
- Jané-Llopis, E., Barry, M., Hosman, C., y Patel, V. (2005). Mental health promotion works: a review. *Promotion and Education*, 12(2), 9-25.
- Jansen, W., Van de Looij-Jansen, P. M., de Wilde, E. J. y Brug, J. (2008). Feeling fat rather than being fat may be associated with psychological well-being in young dutch adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 42, 128–136. doi:10.1016/j.jadohealth.2007.07.015.
- Jerstad, S. J., Boutelle, K. N., Ness, K. K. y Stice, E. (2010). Prospective reciprocal relations between physical activity and depression in female adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 268-272. doi:http://dx.doi.org/10.1037/a0018793
- Johnson, K. E. y Taliaferro, L. A. (2011). Relationships between physical activity and depressive symptoms among middle and older adolescents: A review of the research literature. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 16(4), 235-251. doi:http://dx.doi.org/10.1111/j.1744-6155.2011.00301.x
- Joiner, T., Coyne, J. C. y Blalock, J. (1999). *On the interpersonal nature of depression: Overview and synthesis*. (pp. 3-19) Washington, DC. : American Psychological Association, doi:http://dx.doi.org/10.1037/10311-013
- Joinson, C., Heron, J., Lewis, G., Croudace, T. y Araya, R. (2011). Timing of menarche and depressive symptoms in adolescent girls from a UK cohort. *The British Journal of Psychiatry*, 198(1), 17-23. doi:http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.110.080861
- Joreskog, K. G. (1973), A general method for estimating a linear structural equation system. En A. Goldberger y O. Duncan (Eds.), *Structural Equation Models in the Social Sciences* (pp. 85–112). New York: Seminar Press.
- Joronen, K. y Astedt-Kurki, P. (2005). Familial contribution to adolescent subjective well-being. *International Journal of Nursing Practice*, 11(3), 125-133. doi:http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-172X.2005.00509.x.

- Jose, P. E. y Weir, K. F. (2013). How is anxiety involved in the longitudinal relationship between brooding rumination and depressive symptoms in adolescents? *Journal of Youth and Adolescence*, 42(8), 1210-1222. doi:http://dx.doi.org/10.1007/s10964-012-9891-3
- Juang, L. P. y Cookston, J. T. (2009). A longitudinal study of family obligation and depressive symptoms among Chinese American adolescents. *Journal of Family Psychology*, 23(3), 396-404. doi:http://dx.doi.org/10.1037/a0015814
- Kaltiala-Heino, R., Kosunen, E. y Rimpelä, M. (2003). Pubertal timing, sexual behaviour and self-reported depression in middle adolescence. *Journal of Adolescence*, 26(5), 531-545. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0140-1971(03)00053-8
- Kaltiala-Heino, R., Fröjd, S. y Marttunen, M. (2010). Involvement in bullying and depression in a 2-year followup in middle adolescence. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 19(1), 45-55. doi:http://dx.doi.org/10.1007/s00787-009-0039-2
- Kang, P. P., y Romo, L. F. (2011). The role of religious involvement on depression, risky behavior, and academic performance among Korean American adolescents. *Journal of adolescence*, 34(4), 767-778.
- Kapikiran, S. (2013). Loneliness and life satisfaction in Turkish early adolescents: The mediating role of self esteem and social support. *Social Indicators Research*, 111(2), 617-632. doi:http://dx.doi.org/10.1007/s11205-012-0024-x.
- Katja, R., Paivi, A., Marja-Terttu, T. y Pekka, L. (2002). Relationships among adolescent subjective well-being health behavior, and school satisfaction. *Journal of School Health*, 72(6), 243-249.
- Kaufman, J., Martin, A., King, R.A. y Charney, D. (2001) Are child-, adolescent-, and adult-onset depression one and the same disorder? *Biological Psychiatry*, 49, 980–1001.
- Kaur, R., Singh, A. K. y Javed, A. (2003). Body image and depression among adolescents. *Journal of Personality and Clinical Studies*, 19(1), 51-56.
- Recuperado de
http://search.proquest.com/docview/620209378?accountid=14549

- Kazdin, A. E. (2008). Evidence-based treatment and practice: new opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *American Psychologist*, 63(3), 146.
- Kazdin, A. E., y Blase, S. L. (2011). Rebooting psychotherapy research and practice to reduce the burden of mental illness. *Perspectives on Psychological Science*, 6(1), 21-37.
- Kessler, R.C., Avenevoli, S., y Merikangas, K.R. (2001). Mood disorders in children and adolescents: An epidemiologic perspective. *Biological Psychiatry*, 49, 1002–1014.
- Kessler, R. C., Olfson, M. y Berglund, P. A. (1998) Patterns and predictors of treatment contact after first onset of psychiatric disorders. *The American Journal of Psychiatry*. 13(1), 62–69.
- Kessler, R.C., y Walters, E.E. (1998). Epidemiology of DSM-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the National Comorbidity Survey. *Depression and Anxiety*, 7, 3-14.
- Khasakhala, L. I., Ndeti, D. M., Mutiso, V., Mwayo, V. A. W. y Mathai, M. (2012). The prevalence of depressive symptoms among adolescents in nairobi public secondary schools: Association with perceived maladaptive parental behavior. *African Journal of Psychiatry*, 15(2), 106-113. doi:http://dx.doi.org/10.4314/ajpsy.v15i2.14.
- Kim-Cohen J., Caspi A., Moffitt T.E., Harrington H., Milne B.J., y Poulton R. (2003). Prior Juvenile Diagnoses in Adults With Mental Disorder: Developmental Follow-Back of a Prospective-Longitudinal Cohort. *Archives of General Psychiatry*, 60(7), 709-717. doi:10.1001/archpsyc.60.7.709.
- Klomek, A. B., Marrocco, F., Kleinman, M., Schonfeld, I. S. y Gould, M. S. (2008). Peer victimization, depression, and suicidality in adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38(2), 166-180. doi:http://dx.doi.org/10.1521/suli.2008.38.2.166
- Kong, F., Zhao, J. y You, X. (2012). Emotional intelligence and life satisfaction in chinese university students: The mediating role of self-esteem and social support. *Personality and Individual Differences*, 53(8), 1039-1043. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2012.07.032.

- Korhonen, M., Luoma, I., Salmelin, R. y Tamminen, T. (2012). A longitudinal study of maternal prenatal, postnatal and concurrent depressive symptoms and adolescent well-being. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 680-692. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2011.10.007.
- Kovacs, M. (2001). *Children's Depression Inventory manual*. North Tonawanda. New York: Multi-Health Systems.
- Koval, P., Kuppens, P., Allen, N. B. y Sheeber, L. (2012). Getting stuck in depression: The roles of rumination and emotional inertia. *Cognition and Emotion*, 26(8), 1412-1427. doi:http://dx.doi.org/10.1080/02699931.2012.667392
- Kuntsche, E. N. y Gmel, G. (2004). Emotional wellbeing and violence among social and solitary risky single occasion drinkers in adolescence. *Addiction*, 98, 331-339. doi:10.1111/j.1360-0443.2004.00653.x.
- Kuntsche, E., Rossow, I., Simons-Morton, B., Bogt, T. T., Kokkevi, A., & Godeau, E. (2013). Not early drinking but early drunkenness is a risk factor for problem behaviors among adolescents from 38 European and North American countries. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 37(2), 308-314. doi:http://dx.doi.org/10.1111/j.1530-0277.2012.01895.x
- Kwan, Y.-K. (2008). Life satisfaction and family structure among adolescents in Hong Kong. *Social Indicators Research*, 86 (1), 59-67.
- La Greca, A. M. y Harrison, H. M. (2005). Adolescent peer relations, friendships, and romantic relationships: Do they predict social anxiety and depression? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(1), 49-61. doi:http://dx.doi.org/10.1207/s15374424jccp3401_5
- Ladd, G. W. y Ettekal, I. (2013). Peer-related loneliness across early to late adolescence: Normative trends, intra-individual trajectories, and links with depressive symptoms. *Journal of Adolescence*. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.adolescence.2013.05.004
- Langeveld, J. H., Koot, H. M., y Passchier, J. (1999). Do experienced stress and trait negative affectivity moderate the relationship between headache and quality of life in adolescents? *Journal of pediatric psychology*, 24 (1), 1-11.
- Langeveld, J. H., Koot, H. M., Loonen. M. C., Hazebroek, A., y Passchier, J. (1996). A quality of life instrument for adolescents with chronic headache. *Cephalagia*, 16, 183-196.

- Langille, D., Rasic, D., Kisely, S., Flowerdew, G. y Cobbett, S. (2012). Protective associations of school connectedness with risk of depression in nova scotia adolescents. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(12), 759-764. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/1315880327?accountid=14549>
- Larsen, J. K., Otten, R. y Engels, R. C. M. E. (2009). Adolescent depressive symptoms and smoking behavior: The gender-specific role of weight concern and dieting. *Journal of Psychosomatic Research*, 66(4), 305-308. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.10.006>
- Lee, A. y Hankin, B. L. (2009). Insecure attachment, dysfunctional attitudes, and low self-esteem predicting prospective symptoms of depression and anxiety during adolescence. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 38(2), 219-231. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/15374410802698396>
- Lehtinen, H., Räikkönen, K., Heinonen, K., Raitakari, O. T. y Keltikangas-Järvinen, L. (2006). School performance in childhood and adolescence as a predictor of depressive symptoms in adulthood. *School Psychology International*, 27(3), 281-295. doi:<http://dx.doi.org/10.1177/0143034306067280>
- Leibenluft, E., Charney, D. S. y Pine, D. S. (2003). Researching the pathophysiology of pediatric bipolar disorder. *Biological Psychiatry*, 53(11), 1009-1020. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/64678719?accountid=14549>
- Lemos, S. (2003). La psicopatología de la infancia y la adolescencia: consideraciones básicas para su estudio. *Papeles del Psicólogo*, 24 (85), 19-28.
- Leung, J. y Zhang, L. (2000). Modelling life satisfaction of Chinese adolescents in Hong Kong. *International Journal of Behavioral Development*, 24(1), 99-104. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/016502500383520>.
- Leung, S. S. K., Stewart, S. M., Wong, J. P. S., Ho, D. S. Y., Fong, D. Y. T. y Lam, T. H. (2009). The association between adolescents' depressive symptoms, maternal negative affect, and family relationships in Hong Kong: Cross-sectional and longitudinal findings. *Journal of Family Psychology*, 23(5), 636-645. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0016379>
- Levin, K. A. y Currie, C. (2010). Family structure, mother-child communication, father-child communication, and adolescent life satisfaction: A cross-sectional multilevel analysis. *Health Education*, 110(3), 152-168. doi:<http://dx.doi.org/10.1108/09654281011038831>.

- Levin, K. A., Dallago, L. y Currie, C. (2012). The association between adolescent life satisfaction, family structure, family affluence and gender differences in parent-child communication. *Social Indicators Research*, 106, 2, 287-305.
- Levin, K. A., Torsheim, T., Vollebergh, W., Richter, M., Davies, C. A., Schnohr, C. W., Due, P., y Currie, C. (2011). National income and income inequality, family affluence and life satisfaction among 13 year old boys and girls: A multilevel study in 35 countries. *Social Indicators Research*, 104(2), 179-194. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s11205-010-9747-8>
- Lewin-Bizan, S., Bowers, E., y Lerner, R. M. (2010). One good thing leads to another: Cascades of positive youth development among American adolescents. *Development and Psychopathology*, 22, 761-772.
- Lewinsohn, P. M., y Essau, C. A. (2002). Depression in adolescents. In C. L. Hammen y I. H. Gotlib (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 541-559). New York, NY: Guilford Press.
- Lewinsohn, P. M., Redner, J. E., y Seeley, J. R. (1991). The relationship between life satisfaction and psychosocial variables: New perspectives. In F. Strack, M. Argyle y N. Schwarz (Eds.), *Subjective well-being: An interdisciplinary perspective* (pp. 141–169). New York, NY: Pergamon Press.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., y Seeley, J. R. (1998). Treatment of adolescent depression: frequency of services and impact on functioning in young adulthood. *Depression and anxiety*, 7, 47-52.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Klein, D. N., y Seeley, J. R. (1999). Natural course of adolescent major depressive disorder: I. Continuity into young adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 56-63.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Seeley, J. R., Klein, D. N., y Gotlib, I. H. (2000). Natural course of adolescent major depressive disorder in a community sample: Predictors of recurrence in young adults. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1584–1591.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Seeley, J. R., Klein, D. N., y Gotlib, I. H. (2003). Psychosocial functioning of young adults who have experienced and recovered from major depressive disorder during adolescence. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 353-363.

- Li, Y. y Lerner, R. M. (2011). Trajectories of school engagement during adolescence: Implications for grades, depression, delinquency, and substance use. *Developmental Psychology*, 47(1), 233-247. doi:http://dx.doi.org/10.1037/a0021307
- Liem, J. H., Lustig, K., y Dillon, C. (2010). Depressive symptoms and life satisfaction among emerging adults: A comparison of high school dropouts and graduates. *Journal of Adult Development*, 17(1), 33-43. doi:http://dx.doi.org/10.1007/s10804-009-9076-9.
- Lin, H. C., Tang, T. C., Yen, J. Y., Ko, C. H., Huang, C. F., Liu, S. C., y Yen, C. F. (2008). Depression and its association with self-esteem, family, peer and school factors in a population of 9586 adolescents in southern Taiwan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62(4), 412-420. doi:http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-1819.2008.01820.x
- Lin, Y.-N. (2002). The application of cognitive-behavioral therapy to counseling Chinese. *American Journal of Psychotherapy*, 56, 46-58.
- Liu, W., Tian, L. y Gilman, R. (2005). A cross-cultural study on life satisfaction between Chinese and American middle school students. *Chinese Mental Health Journal*, 19(5), 319-321. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/620898866?accountid=14549>.
- Liu, X., Lu, D., Zhou, L. y Su, L. (2013). Relationship between bullying, victimization and depression, suicidal ideation. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 21(1), 85-87. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/1420145084?accountid=14549>
- Liu, Y. (2008). An examination of three models of the relationships between parental attachments and adolescents' social functioning and depressive symptoms. *Journal of Youth and Adolescence*, 37(8), 941-952. doi:http://dx.doi.org/10.1007/s10964-006-9147-1.
- Lissau, I., Overpeck, M. D., Ruan, W. J., Due, P., Holstein, B.E. y Hediger, M.L. (2004) Body mass index and overweight in adolescents in 13 European countries, Israel, and the United States. *Archives of Pediatrics y Adolescent Medicine*, 158, 27-33.
- Lopez, C. M., Driscoll, K. A. y Kistner, J. A. (2009). Sex differences and response styles: Subtypes of rumination and associations with depressive symptoms.

- Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 38(1), 27-35.
doi:<http://dx.doi.org/10.1080/15374410802575412>
- Luk, J. W., Wang, J. y Simons-Morton, B. (2010). Bullying victimization and substance use among U.S. adolescents: Mediation by depression. *Prevention Science*, 11(4), 355-359. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s11121-010-0179-0>
- Luna, A., Laca, F. A. y Mejía, J. C. (2011). Bienestar subjetivo y satisfacción con la vida de familia en adolescentes mexicanos de bachillerato. *Psicología Iberoamericana*, 19(2), 17-26. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/1022255624?accountid=14549>.
- Lund, R., Nielsen, K. K., Hansen, D. H., Kriegbaum, M., Molbo, D., Due, P., & Christensen, U. (2009). Exposure to bullying at school and depression in adulthood: A study of danish men born in 1953. *European Journal of Public Health*, 19(1), 111-116. doi:<http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckn101>
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., y Becker, B. (2000). The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child development*, 71 (3), 543-562.
- Lyubomirsky, S. y Nolen-Hoeksema, S. (1993). Self-perpetuating properties of dysphoric rumination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(2), 339. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/39025018?accountid=14549>
- Ma, C. Q. y Huebner, E. S. (2008). Attachment relationships and adolescents' life satisfaction: some relationships matter more to girls than boys. *Psychology in the Schools*, 45(2), 177-190. doi: 10.1002/pits.20288.
- Machmutow, K., Perren, S., Sticca, F. y Alsaker, F. D. (2012). Peer victimisation and depressive symptoms: Can specific coping strategies buffer the negative impact of cybervictimisation?. *Emotional y Behavioural Difficulties*, 17(3-4), 403-420. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/13632752.2012.704310>
- Man, P. (1991). The influence of peers and parents on youth life satisfaction in Hong Kong. *Social Indicators Research*, 24, 347-365.
- Marcotte, D., Fortin, L., Potvin, P. y Papillon, M. (2002). Gender differences in depressive symptoms during adolescence: Role of gender-typed characteristics, self-esteem, body image, stressful life events, and pubertal status. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 10(1), 29-42. doi:<http://dx.doi.org/10.1177/106342660201000104>

- Marion, D., Laursen, B., Zettergren, P., y Bergman, L. R. (2013). Predicting life satisfaction during middle adulthood from peer relationships during mid-adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 42(8), 1299-1307. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10964-013-9969-6>.
- Marmorstein, N. R. (2009). Longitudinal associations between alcohol problems and depressive symptoms: Early adolescence through early adulthood. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 33(1), 49-59. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1530-0277.2008.00810.x>
- Marmorstein, N. R. (2010). Longitudinal associations between depressive symptoms and alcohol problems: The influence of comorbid delinquent behavior. *Addictive Behaviors*, 35(6), 564-571. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2010.01.004>
- Marmorstein, N. R. y Iacono, W. G. (2011). Explaining associations between cannabis use disorders in adolescence and later major depression: A test of the psychosocial failure model. *Addictive Behaviors*, 36(7), 773-776. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.02.006>
- Marmorstein, N. R., Iacono, W. G. y Malone, S. M. (2010). Longitudinal associations between depression and substance dependence from adolescence through early adulthood. *Drug and Alcohol Dependence*, 107(2-3), 154-160. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.10.002>
- Marques, S., Lopez, S., y Mitchell, J. (2013). The role of hope, spirituality and religious practice in adolescents' life satisfaction: longitudinal findings. *Journal of happiness studies*, 14, 251-261.
- Martin, K. M. y Huebner, S. E. (2007). Peer victimization and prosocial experiences and emotional well-being of middle school students. *Psychology in the Schools*, 44(2), 199-208. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/62037840?accountid=14549>.
- Martin, K., Huebner, E. S. y Valois, R. F. (2008). Does life satisfaction predict victimization experiences in adolescence? *Psychology in the Schools*, 45(8), 705-714. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/61984285?accountid=14549>.
- Mason, W. A., Kosterman, R., Haggerty, K. P., Hawkins, J. D., Redmond, C., Spoth, R. L. y Shin, C. (2008). Dimensions of adolescent alcohol involvement as predictors of young-adult major depression. *Journal of Studies on Alcohol and*

- Drugs*, 69(2), 275-285. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/622143211?accountid=14549>
- Mason, W. A. y Spoth, R. L. (2011). Longitudinal associations of alcohol involvement with subjective well-being in adolescence and prediction to alcohol problems in early adulthood. *Journal of Youth Adolescence*, 40, 1215–1224. doi: 10.1007/s10964-011-9632-z.
- Masten, A.S. y Powell, J.L. (2003). A Resiliency Framework for Research, Policy and Practice. En Luthar, S. (Ed.). *Resiliency and Vulnerability: Adaptation in the Context of Childhood Adversity* (pp. 1-29). Cambridge University Press: Cambridge.
- Mavroveli, S., Petrides, K. V., Rieffe, C. y Bakker. F. (2007). Trait emotional intelligence, psychological well-being and peer-rated social competence in adolescence. *British Journal of Developmental Psychology*, 25, 263-275. doi: 10.1348/026151006X118577.
- Mayer, J. D. y Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? En P. Salovey y D. Sluyter (Eds). *Emotional Development and Emotional Intelligence: Implications for Educators* (pp. 3-31). New York: Basic Books.
- McCabe, K., Bray, M. A., Kehle, T. J., Theodore, L. A., y Gelbar, N. W. (2011). Promoting Happiness and Life Satisfaction in School Children. *Canadian Journal of School Psychology*, 26(3), 177-192.
- McCarty, C. A., Mason, W. A., Kosterman, R., Hawkins, J. D., Lengua, L. J. y McCauley, E. (2008). Adolescent school failure predicts later depression among girls. *Journal of Adolescent Health*, 43(2), 180-187.
- McCarty, C. A., Wymbs, B. T., King, K. M., Mason, W. A., Vander Stoep, A., McCauley, E. y Baer, J. (2012). Developmental consistency in associations between depressive symptoms and alcohol use in early adolescents. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 73(3), 444-453. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/1030208154?accountid=14549>
- McKenzie, M., Olsson, C. A., Jorm, A. F., Romaniuk, H. y Patton, G. C. (2010). Association of adolescent symptoms of depression and anxiety with daily smoking and nicotine dependence in young adulthood: Findings from a 10-year longitudinal study. *Addiction*, 105(9), 1652-1659. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03002.x>

- McKeown J., Clarke A., Ingleton C., Ryan T., y Repper J. (2010). The use of life story work with people with dementia to enhance person-centred care. *International Journal of Older People Nursing*, 5, 2, 148-158.
- McLaughlin, K. A. (2008). Universal prevention of adolescent depression. En S. Nolen-Hoeksema y L. M. Hilt (Eds.), *Handbook of depression in adolescents* (661-683). New York, NY: Routledge .
- McLaughlin, K. A. y Nolen-Hoeksema, S. (2011). Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 49(3), 186-193. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2010.12.006>
- Mendoza, R. (2004). La escritura reflexiva como práctica cotidiana de los pre-adolescentes y adolescentes españoles: situación actual y características asociadas. *Revista de Educación*, 335, 467-495.
- Mendoza, R. (2008). *La adolescencia como fenómeno cultural*. Huelva: Universidad de Huelva.
- Mendoza, R., Batista, J. M. y Rubio, A. (2005). El desarrollo de estilos de vida en los adolescentes escolarizados: diferencias entre chicos y chicas. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 58, 51-74.
- Mendoza, R., Batista-Foguet, J. M. y Rubio, A. (2006). La cooperación de los adolescentes en las tareas domésticas: diferencias de género y características asociadas. *Cultura y Educación*, 18, 363-379
- Mendoza, R., Sagrera, M. R. y Batista, J. M. (1994). *Conductas de los escolares españoles relacionadas con la salud* (1986-1990). Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- Merikangas, K. R., y Knight, R. (2008). The epidemiology of depression in adolescents. En S. Nolen-Hoeksema, y L. M. Hilt, (Eds.), *Handbook of depression in adolescents* (pp. 53-73). New York, NY: Routledge.
- Miller, B., y Taylor, J. (2012). Racial and socioeconomic status differences in depressive symptoms among black and white youth: an examination of the mediating effects of family structure, stress and support. *Journal of Youth Adolescence*, 41(4), 426-37. doi: 10.1007/s10964-011-9672-4.
- Millings, A., Buck, R., Montgomery, A., Spears, M. y Stallard, P. (2012). School connectedness, peer attachment, and self-esteem as predictors of adolescent

- depression. *Journal of Adolescence*, 35(4), 1061-1067.
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.adolescence.2012.02.015>
- Miner, H. y Dejun, G. (2001). Emotion regulation and depression of college students. *Chinese Mental Health Journal*, 15(6), 438-441. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/619645761?accountid=14549>
- Minnix, J. A., Blalock, J. A., Marani, S., Prokhorov, A. V. y Cinciripini, P. M. (2011). Self-efficacy mediates the effect of depression on smoking susceptibility in adolescents. *Nicotine and Tobacco Research*, 13(8), 699-705.
doi:<http://dx.doi.org/10.1093/ntr/ntr061>
- Ministerio de Sanidad y Política Social (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia*. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2006). *Encuesta Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Moon, S. S., Mo, B. C. y Basham, R. (2010). Adolescent depression and future smoking behavior: A prospective study. *Children and Adolescent Social Work Journal*, 27(6), 405-422. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10560-010-0212-y>
- Moore, P. M., Huebner, E. S., y Hills, K. J. (2012). Electronic bullying and victimization and life satisfaction in middle school students. *Social Indicators Research*, 107(3), 429-447. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s11205-011-9856-z>.
- Monroe, S. M. y Harkness, K. L. (2005). Life stress, the "kindling" hypothesis, and the recurrence of depression: Considerations from a life stress perspective. *Psychological Review*, 112(2), 417-445.
doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.112.2.417>.
- Morgan, M. B. (2004). *Sports participation in the lives of adolescent females: Who is playing and what is the relationship with body mass index, weight concerns, self-esteem, and depression?* Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 2105. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/620630914?accountid=14549>
- Morrow, J. y Nolen-Hoeksema, S. (1990). Effects of responses to depression on the remediation of depressive affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(3), 519-527. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/64963231?accountid=14549>

- Moyeda, I. X. G., Velasco, A. S. y Ojeda, F. J. R. (2009). Factores asociados a la depresión en adolescentes: Rendimiento escolar y dinámica familiar. *Anales De Psicología*, 25(2), 227-240. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/621995117?accountid=14549>
- Mueller, C. E., Bridges, S. K. y Goddard, M. S. (2011). Sleep and parent-family connectedness: Links, relationships and implications for adolescent depression. *Journal of Family Studies*, 17(1), 9-23. doi:<http://dx.doi.org/10.5172/jfs.2011.17.1.9>
- Muris, P., Fokke, M. y Kwik, D. (2009). The ruminative response style in adolescents: An examination of its specific link to symptoms of depression. *Cognitive Therapy and Research*, 33(1), 21-32. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10608-007-9120-7>
- Murray, C. y Lopez, A. (1996). *The Global Burden of Disease*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Naicker, K., Galambos, N. L., Zeng, Y., Senthilselvan, A. and Colman, I. (2013) Social, demographic, and health outcomes in the 10 years following adolescent depression. *Journal of Adolescent Health*, 52(5), 533-8. doi: 10.1016/j.jadohealth.2012
- Naranjo, C. R., & González, A. C. (2012). Autoestima en la adolescencia: Análisis y estrategias de intervención. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 12(3), 389-403. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/1317835091?accountid=14549>
- Needham, B. L. (2008). Reciprocal relationships between symptoms of depression and parental support during the transition from adolescence to young adulthood. *Journal of Youth and Adolescence*, 37(8), 893-905. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10964-007-9181-7>.
- Negriff S. y Susman E.J. (2011). Pubertal timing, depression, and externalizing problems: A framework, review, and examination of gender differences. *Journal of Research on Adolescence*, 21(3), 717-746.
- Neto, F. (1993). The satisfaction with life scale: Psychometrics properties in an adolescent sample. *Journal of Youth and Adolescence*, 22 , 125-134. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/62887622?accountid=14549>

- Neto, F. (2001). Personality predictors of happiness. *Psychological Reports*, 88(3), 817-824. doi:<http://dx.doi.org/10.2466/PRO.88.3.817-824>.
- Nickerson, A. B., y Nagle, R. (2004). The influence of parent and peer attachments on life satisfaction in middle childhood and early adolescence. *Social Indicators Research*, 66, 35–60.
- Nilsen, W., Gustavson, K., Røysamb, E., Kjeldsen, A. y Karevold, E. (2013). Pathways from maternal distress and child problem behavior to adolescent depressive symptoms: A prospective examination from early childhood to adolescence. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 34(5), 303-313. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/1411060786?accountid=14549>.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(4), 528-569. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/65001784?accountid=14549>
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(3), 504-511. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/65233264?accountid=14549>
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E. y Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking Rumination. *Association for Psychological Science*, 3(5), 400-424.
- Oberle, E., Schonert-Reichl, K., y Zumbo, B. D. (2011). Life satisfaction in early adolescence: Personal, neighborhood, school, family, and peer influences. *Journal of Youth and Adolescence*, 40(7), 889-901. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10964-010-9599-1>.
- Oldehinkel, A. J., Ormel, J., Veenstra, R., De Winter, A. F. y Verhulst, F. C. (2008). Parental divorce and offspring depressive symptoms: Dutch developmental trends during early adolescence. *Journal of Marriage and Family*, 70(2), 284-293. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1741-3737.2008.00481.x>
- Olfson, M., Kessler, R. C., Berglund, P.A. and Lin, E. (1998) Psychiatric disorder onset and first treatment contact in the United States and Ontario. *American Journal Psychiatry*, 155, 1415–1422.

- Ortega, M.E. y Triana, B. (2002). *Cuestionario de Clima Familiar. Versión subsistema paterno-filial. Modelo para adolescentes*. Documento no publicado. Universidad de La Laguna.
- Orth, U., Robins, R. W. y Meier, L. L. (2009). Disentangling the effects of low self-esteem and stressful events on depression: Findings from three longitudinal studies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97(2), 307-321. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/622058904?accountid=14549>
- Orth, U., Robins, R. W., Widaman, K. F. y Conger, R. D. (2013). Is low self-esteem a risk factor for depression? findings from a longitudinal study of mexican-origin youth. *Developmental Psychology*, doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0033817>
- Orton, H. D., Riggs, P. D. y Libby, A. M. (2009). Prevalence and characteristics of depression and substance use in a U.S. child welfare sample. *Children and Youth Services Review*, 31(6), 649-653. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2008.12.005>
- Paikoff, R. L., y Brooks-Gunn, J. (1991). Do parent-child relationships change during puberty?. *Psychological Bulletin*, 110(1), 47-66.
- Pajares, F. (2009). Toward a Positive Psychology of Academic Motivation. *Handbook of positive psychology in schools*, 149.
- Palos, P. A., Ocampo, D. B., Casarín, A. V., Ochoa, B. S. C. y Rivera, R. M. R. (2012). Prácticas parentales y sintomatología depresiva en adolescentes. *Salud Mental*, 35(1), 29-36. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/1095457231?accountid=14549>.
- Pasch, K. E., Laska, M. N., Lytle, L. A. y Moe, S. G. (2010). Adolescent sleep, risk behaviors, and depressive symptoms: Are they linked? *American Journal of Health Behavior*, 34(2), 237-248. doi:<http://dx.doi.org/10.5993/AJHB.34.2.11>
- Paredes, P. P. y Zumalde, E. C. (2011). Rumiación, género y síntomas depresivos en adolescentes: Adaptación de la escala de respuestas rumiativas del cuestionario CRSS. *Ansiedad y Estrés*, 17(1), 51-61. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/909293290?accountid=14549>
- Park, H. Y., Heo, J., Subramanian, S. V., Kawachi, I., y Oh, J. (2012). Socioeconomic inequalities in adolescent depression in South Korea: a multilevel analysis. *PLoS ONE*, 7(10), e47025.

- Park, N. (2000). *Life satisfaction of school age children: Cross-cultural and cross-developmental comparisons*. Unpublished doctoral dissertation, University of South Carolina.
- Park, N. (2005). Life satisfaction among Korean children and youth: A developmental perspective. *School Psychology International Journal*, 26, 209-223.
- Park, N. y Huebner, E. S. (2005). A cross-cultural study of the levels and correlates of life satisfaction among adolescents. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 36, 444-456. doi: 10.1177/0022022105275961.
- Park, S. (2009). The causal association between smoking and depression among south Korean adolescents. *Journal of Addictions Nursing*, 20(2), 93-103. doi:http://dx.doi.org/10.1080/10884600902850111
- Patten, C. A., Gillin, J. C., Farkas, A. J., Gilpin, E.A. ,M.S., Berry,C. C., y Pierce, J.P. (1997). Depressive Symptoms in California Adolescents: Family Structure and Parental Support. *Journal of adolescent health*, 20, 271-278.
- Patton, G. C., Hibbert, M. E., Carlin, J., Shao, Q., Rosier, M., Caust, J. y Bowes, G. (1996). Menarche and the onset of depression and anxiety in victoria, australia. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 50(6), 661-666. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/619133237?accountid=14549>
- Paupério, T., Corte-Real, N., Dias, C., y Fonseca, A. (2012). Sport, substance use and satisfaction with life: What relationship? *European Journal of Sport Science*, 12(1), 73-80. doi:http://dx.doi.org/10.1080/17461391.2010.545836.
- Pavot, W., y Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction with Life Scale. *Psychological Assessment*, 5, 164-172.
- Pedersen, W. (2008). Does cannabis use lead to depression and suicidal behaviours? A population-based longitudinal study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(5), 395-403. doi:http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01259.x
- Peterson, C. (2004). Positive Social Science. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 591, 186-201.
- Phinney, J. S. y Ong, A. D. (2002). Adolescent-parent disagreements and life satisfaction in families from Vietnamese- and European-American backgrounds. *International Journal of Behavioral Development*, 26 (6), 556-561.

- Piko, B. F. y Hamvai, C. (2010). Parent, school and peer-related correlates of adolescents' life satisfaction. *Children and Youth Services Review*, 32(10), 1479-1482. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.chilyouth.2010.07.007>.
- Pineda, A. Q., Cole, D. A. y Bruce, A. E. (2007). Mother-adolescent interactions and adolescent depressive symptoms: A sequential analysis. *Journal of Social and Personal Relationships*, 24(1), 5-19. doi:<http://dx.doi.org/10.1177/0265407507072564>
- Poulin, C., Hand, D., Boudreau, B. y Santor, D. (2005). Gender differences in the association between substance use and elevated depressive symptoms in a general adolescent population. *Addiction*, 100(4), 525-535. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01033.x>
- Pössel, P., Martin, N. C., Garber, J., Banister, A. W., Pickering, N. K. y Hautzinger, M. (2011). Bidirectional relations of religious orientation and depressive symptoms in adolescents: A short-term longitudinal study. *Psychology of Religion and Spirituality*, 3(1), 24-38. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0019125>.
- Preacher, K. J., Wichman, A. L., MacCallum, R. C., y Briggs, N. E. (2008). *Latent growth curve modeling*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Prinstein, M. J. (2007). Moderators of peer contagion: A longitudinal examination of depression socialization between adolescents and their best friends. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36(2), 159-170. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/15374410701274934>
- Proctor, C. L., Linley, P. A., y Maltby, J. (2009). Youth life satisfaction: A review of the literature. *Journal of Happiness Studies*, 10 (5), 583-630.
- Proctor, C., Linley, P. A. y Maltby, J. (2010). Very happy youths : benefits of very high life satisfaction among adolescents. *Social Indicators Research*, 98 (3), 519–532. doi: 10.1007/s11205-009-9562-2.
- Quach, A. S., Epstein, N. B., Riley, P. J., Falconier, M. K. y Fang, X. (2013). Effects of parental warmth and academic pressure on anxiety and depression symptoms in chinese adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10826-013-9818-y>
- Quiroga, C. V., Janosz, M., Bisset, S. y Morin, A. J. S. (2013). Early adolescent depression symptoms and school dropout: Mediating processes involving self-

- reported academic competence and achievement. *Journal of Educational Psychology*, 105(2), 552-560. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0031524>
- Quoidbach, J., Berry, E. V., Hansenne, M. y Mikolajczak, M. (2010). Positive emotion regulation and well-being: Comparing the impact of eight savoring and dampening strategies. *Personality and Individual Differences*, 49(5), 368-373. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2010.03.048>.
- Raboteg-Saric, Z., Brajsa-Zganec, A. y Sakic, M. (2009). Life satisfaction in adolescents: The effects of perceived family economic status, self-esteem and quality of family and peer relationships. *Drustvena Istrazivanja*, 18(3), 547-564. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/61743757?accountid=14549>.
- Raes, F., Smets, J., Nelis, S. y Schoofs, H. (2012). Dampening of positive affect prospectively predicts depressive symptoms in non-clinical samples. *Cognition and Emotion*, 26(1), 75-82. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/02699931.2011.555474>
- Rao, U., Hammen, C. y Daley, S. E. (1999). Continuity of Depression During the Transition to Adulthood: A 5-Year Longitudinal Study of Young Women. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 38 (7), 908-915
- Rao, U., Hammen, C. L. y Poland, R. E. (2009). Risk markers for depression in adolescents: Sleep and HPA measures. *Neuropsychopharmacology*, 34(8), 1936-1945. doi:<http://dx.doi.org/10.1038/npp.2009.27>
- Rao, U., Ryan, N. D., Birmaher, B., Dahl, R. E., Williamson, D. E., Kaufman, J., Rao, R., y Nelson, B.(1995) Unipolar depression in adolescents: Clinical outcome in adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 566-578.
- Rangul, V., Bauman, A., Holmen, T. L. y Midthjell, K. (2012). Is physical activity maintenance from adolescence to young adulthood associated with reduced CVD risk factors, improved mental health and satisfaction with life: The HUNT study, Norway. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9, 144-155. doi:<http://dx.doi.org/10.1186/1479-5868-9-144>
- Rasic, D., Kisely, S. y Langille, D. B. (2011). Protective associations of importance of religion and frequency of service attendance with depression risk, suicidal behaviours and substance use in adolescents in Nova Scotia, Canada. *Journal of*

- Affective Disorders*, 132(3), 389-395.
doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2011.03.007.
- Rasic, D., Weerasinghe, S., Asbridge, M. y Langille, D. B. (2013). Longitudinal associations of cannabis and illicit drug use with depression, suicidal ideation and suicidal attempts among Nova Scotia high school students. *Drug and Alcohol Dependence*, 129(1-2), 49-53.
doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.09.009
- Rask, K., Aastedt-Kurki, P., Paavilainen, E. y Laippala, P. (2003). Adolescent subjective well-being and family dynamics. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(2), 129-138. doi:http://dx.doi.org/10.1046/j.1471-6712.2003.00118.x.
- Raskauskas, J. (2010). Text-bullying: Associations with traditional bullying and depression among New Zealand adolescents. *Journal of School Violence*, 9(1), 74-97. doi:http://dx.doi.org/10.1080/15388220903185605
- Ravens-Sieberer, U., Kokonyei, G., y Thomas, C. (2004). School and health. In: *Young people's health in context. International report from the HBSC 2001/02 survey*. WHO.
- Rawana, J. S. (2013). The relative importance of body change strategies, weight perception, perceived social support, and self-esteem on adolescent depressive symptoms: Longitudinal findings from a national sample. *Journal of Psychosomatic Research*, doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.04.012
- Rawana, J. S. y Morgan, A. S. (2013). Trajectories of depressive symptoms from adolescence to young adulthood: The role of self-esteem and body-related predictors. *Journal of Youth and Adolescence*, doi:http://dx.doi.org/10.1007/s10964-013-9995-4
- Reeb, B. T. y Conger, K. J. (2009). The unique effect of paternal depressive symptoms on adolescent functioning: Associations with gender and father-adolescent relationship closeness. *Journal of Family Psychology*, 23(5), 758-761. doi:http://dx.doi.org/10.1037/a0016354
- Reinherz, H. Z., Giaconia, R. M., Pakiz, B., Silverman, A.B., Frost, A.K. y Lefkowitz, E.S. (1993) Psychosocial risks for major depression in late adolescence: A longitudinal community study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 1155-1163.

- Reivich, K., Gillham, J. E., Chaplin, T. M., y Seligman, M. E. (2013). From helplessness to optimism: The role of resilience in treating and preventing depression in youth. En S. Goldstein y R. b. Brooks (Eds.), *Handbook of resilience in children* (pp. 201-214). New York, NY: Springer US.
- Rey, L., Extremera, N. y Pena, M. (2011). Perceived emotional intelligence, self-Esteem and life satisfaction in adolescents. *Psychosocial Intervention*, 20(2), 227-234.
- Rierdan, J. y Koff, E. (1991). Depressive symptomatology among very early maturing girls. *Journal of Youth and Adolescence*, 20(4), 415. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/1300114887?accountid=14549>
- Rierdan, J., Koff, E. y Stubbs, M. L. (1989). A longitudinal analysis of body image as a predictor of the onset and persistence of adolescent girls depression. *The Journal of Early Adolescence*, 9(4), 454-466. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/617721269?accountid=14549>
- Rizzo, C. J., Daley, S. E. y Gunderson, B. H. (2006). Interpersonal sensitivity, romantic stress, and the prediction of depression: A study of inner-city, minority adolescent girls. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(3), 469-478. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10964-006-9047-4>
- Rodrigo, M. J., Máiquez, M. L., García, M., Mendoza, R., Rubio, A., Martínez, A. y Martín, J. C. (2004). Relaciones padres-hijos y estilos de vida en la adolescencia. *Psicothema*, 16 (2), 203-210.
- Rodriguez, D., Moss, H. B. y Audrain-McGovern, J. (2005). Developmental heterogeneity in adolescent depressive symptoms: Associations with smoking behavior. *Psychosomatic Medicine*, 67(2), 200-210. doi:<http://dx.doi.org/10.1097/01.psy.0000156929.83810.01>
- Rodriguez-Naranjo, C., Godoy, A., & Esteve, R. (2001). Attributional style and social-skill deficits as predictors of dysphoric states and response to treatment. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29(2), 179-194. doi:<http://dx.doi.org/10.1017/S1352465801002053>
- Rohde, P., Lewinsohn, P. M., Klein, D. N., y 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, 409-420.

- Romero, N., Vazquez, C., y Sanchez, A. (en prensa). Rumination and specificity off autobiographical memory in depression. *Memory*.
- Romero-Ballaltas, M. (2009). *Estrés y estilos de afrontamiento en la depresión por desesperanza en adolescentes*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Málaga.
- Rood, L., Roelofs, J., Bögels, S. M., Nolen-Hoeksema, S. y Schouten, E. (2009). The influence of emotionfocused rumination and distraction on depressive symptoms in non-clinical youth: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 29(7), 607-616. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2009.07.001>
- Rooks, L. (2010). *The relationship between life satisfaction and substance use in adolescence*. Graduate School Theses and Dissertations. <http://scholarcommons.usf.edu/etd/1754>
- Rosenberg, M. (1966). *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton, Nueva Jersey: Princeton University Press
- Ross, N. (2002). Community belonging and health. *Health reports*, 13 (3), 33-39.
- Rottenberg, J., Kasch, K. L., Gross, J. J. y Gotlib, I. H. (2002). Sadness and amusement reactivity differentially predict concurrent and prospective functioning in major depressive disorder. *Emotion*, 2(2), 135-146. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/1528-3542.2.2.135>
- Ruchkin, V., Sukhodolsky, D. G., Vermeiren, R., Koposov, R. A. y Schwab-Stone, M. (2006). Depressive symptoms and associated psychopathology in urban adolescents: A cross-cultural study of three countries. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(2), 106-113. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/207366026?accountid=14549>.
- Rudolph, K. D. (2008a). Developmental influences on interpersonal stress generation in depressed youth. *Journal of Abnormal Psychology*, 117(3), 673-679. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.117.3.673>
- Rudolph, K. D. (2008b). Adolescent depression. En I. H. Gotlib y C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (pp.444-466). New York, NY: Guilford Press.
- Rudolph, K. D. y Clark, A. G. (2001). Conceptions of relationships in children with depressive and aggressive symptoms: Social-cognitive distortion or reality? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29(1), 41-56.

- Rudolph, K. D. y Conley, C. S. (2005). The Socioemotional Costs and Benefits of Social-Evaluative Concerns: Do Girls Care Too Much? *Journal of Personality*, 73(1), 115-138. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-6494.2004.00306.x>
- Rudolph, K. D. y Flynn, M. (2007). Childhood adversity and youth depression: Influence of gender and pubertal status. *Development and Psychopathology*, 19(2), 497-521. doi:<http://dx.doi.org/10.1017/S0954579407070241>.
- Rueger, S. Y. y Malecki, C. K. (2011). Effects of stress, attributional style and perceived parental support on depressive symptoms in early adolescence: A prospective analysis. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 40(3), 347-359. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/15374416.2011.563461>.
- Ruijten, T., Roelofs, J. y Rood, L. (2011). The mediating role of rumination in the relation between quality of attachment relations and depressive symptoms in non-clinical adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 20(4), 452-459. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10826-010-9412-5>
- Ruiz, M. A., Pardo, A. y San Martín, R. (2010). Modelos de ecuaciones estructurales. *Papeles del psicólogo*, 31(1), 34-45.
- Ruiz Lázaro, P. J. (2002). *Promoviendo la adaptación Saludable de nuestros adolescentes: Proyecto de promoción de la salud mental para adolescentes y padres de adolescentes*. Ministerio Sanidad y Consumo.
- Rutter, M. (2000). Resilience reconsidered: conceptual considerations, empirical findings, and policy implications. En J. Shonkoff y S. Meisels. *Handbook of Early Childhood Intervention* (pp. 651–683). Cambridge: Cambridge University Press.
- Rutter, M. (2002). Development and psychopathology. En M. Rutter y E. Taylor (Eds.), *Child and Adolescent Psychiatry* (pp. 309-324). Oxford: Blackwell.
- Sabatier, C., Mayer, B., Friedlmeier, M., Lubiewska, K. y Trommsdorff. (2011). Religiosity, family orientation, and life satisfaction of adolescents in four countries. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 42(8), 1375–1393. doi: 10.1177/0022022111412343.
- Salgado, J., e Iglesias, M. (1995). Estructura de la Escala de autoestima de Rosemberg: un análisis factorial confirmatorio. *Revista de metodología y psicología experimental*, 16 (3), 441

- Salguero, J. M., Extremera, N. y Fernandez-berrocal, P. (2012). Emotional intelligence and depression: The moderator role of gender. *Personality and Individual Differences*, 53(1), 29-32. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/1022841562?accountid=14549>
- Salguero, J. M., Palomera, R. y Fernández-Berrocal, P. (2011). Perceived emotional intelligence as predictor of psychological adjustment in adolescents: a 1-year prospective study. *European Journal of Psychology of Education*. doi: 10.1007/s10212-011-0063-8.
- Salmela-Aro, K., Savolainen, H. y Holopainen, L. (2009). Depressive symptoms and school burnout during adolescence: Evidence from two cross-lagged longitudinal studies. *Journal of Youth and Adolescence*, 38(10), 1316-1327. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10964-008-9334-3>
- Salmela-Aro, K. y Tuominen-Soini, H. (2010). Adolescents' Life Satisfaction During the Transition to Post-Comprehensive Education: Antecedents and Consequences. *Journal of Happiness Studies*, 11, 683–701. Doi: 10.1007/s10902-009-9156-3.
- Salovey, P. (2001). *Applied emotional intelligence: Regulating emotions to become healthy, wealthy, and wise*. (pp. 168-184). New York: Psychology Press. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/619608228?accountid=14549>.
- Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C. y Palfai, T. P. (1995). *Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the trait meta-mood scale*. (pp. 125-154) Washington, DC. : American Psychological Association. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/10182-006>.
- Sanchez, A., Joormann, J., Marker, C., LeMoult, J., y Vazquez, C. (2013). Attentional disengagement predicts stress reactivity in depression: an eye-tracking study. *Journal of Abnormal Psychology*, 122, 303-313.
- Saraceno, L., Heron, J., Munafò, M., Craddock, N. y Bree, V.D. (2012). The relationship between childhood depressive symptoms and problem alcohol use in early adolescence: Findings from a large longitudinal population based study. *Addiction*, 107(3), 567-577. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03662.x>

- Schepis, T. S., y Rao, U. (2005). Epidemiology and etiology of adolescent smoking. *Current Opinion of Pediatrics*, 17(5), 607-612.
- Schuster, R. M., Mermelstein, R. y Wakschlag, L. (2013). Gender-specific relationships between depressive symptoms, marijuana use, parental communication and risky sexual behavior in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 42(8), 1194-1209. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10964-012-9809-0>
- Schwarz, B., Mayer, B., Trommsdorff, G., Ben-Arieh, A., Friedlmeier, M., Lubiewska, K., Mishra, R., y Peltzer, K. (2012). Does the importance of parent and peer relationships for adolescents' life satisfaction vary across cultures? *The Journal of Early Adolescence*, 32(1), 55-80. doi:<http://dx.doi.org/10.1177/0272431611419508>.
- Schwartz, O. S., Sheeber, L. B., Dudgeon, P. y Allen, N. B. (2012). Emotion socialization within the family environment and adolescent depression. *Clinical Psychology Review*, 32(6), 447-453. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2012.05.0>
- Seligman, M.E.P. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology. An introduction. *American Psychologist*, 55 (1), 5-14.
- Seligman, M. E., Ernst, R. M., Gillham, J., Reivich, K., y Linkins, M. (2009). Positive education: Positive psychology and classroom interventions. *Oxford Review of Education*, 35(3), 293-311.
- Seligson, J.L., Huebner, E. S. y Valois, R. F. (2003). Preliminary validation of the Brief Multidimensional Student's Life Satisfaction Scale (BMSLSS). *Social Indicators Research*, 61, 121-145.
- Serfaty, E., Andrade, J. y Masautis, A. (2008). Depresión y consumo de sustancias psicoactivas. *Acta Psiquiátrica y Psicológica De América Latina*, 54(3), 147-159. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/621616711?accountid=14549>
- Shanahan, L., Copeland, W. E., Costello, E. J. and Angold, A. (2011) Child-, adolescent-, and young adult-onset depressions: Different risk factors in development? *Psychological Medicine*, 41, 2265–2274. doi: 10.1017/S0033291711000675.

- Sheeber, L., Davis, B. y Hops, H. (2001). Family processes in adolescent depression. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4(1), 19-35. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/619698839?accountid=14549>
- Sheeber, L. B., Kuppens, P., Shortt, J. W., Katz, L. F., Davis, B. y Allen, N. B. (2012). Depression is associated with the escalation of adolescents dysphoric behavior during interactions with parents. *Emotion*, 12(5), 913-918. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0025784>.
- Shek, D.T.L. (1997a). Family environment and adolescent psychological well-being, school adjustment, and problem behavior: A pioneer study in a Chinese context. *Journal of Genetic Psychology*, 158(1), 113-128.
- Shek, D.T.L. (1997b). The relation of family functioning to adolescent psychological well-being, school adjustment, and problem behavior. *Journal of Genetic Psychology*, 158(4), 467-479.
- Shek, D.T.L. (1997c). The relation of parent-adolescent conflict to adolescent psychological well-being, school adjustment, and problem behavior. *Social Behavior and Personality*, 25(3), 277-290.
- Shek, D.T.L. (1998a). A longitudinal study of Hong Kong adolescents' and parents' perceptions of family functioning and well-being. *Journal of Genetic Psychology*, 159(4), 389-403.
- Shek, D.T.L. (1998b). A longitudinal study of the relations of family factors to adolescent psychological symptoms, coping resources, school behavior and substance abuse. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 103, 155-184.
- Shek, D.T.L. (2002a). Assessment of family functioning Chinese adolescents: The Chinese Family assessment Instrument. In N.N. Singh, T. Ollendick and A.N. Singh (Eds.), *International perspectives on child and adolescent mental health* (pp.297-316). Amsterdam, Netherlands: Elsevier.
- Shek, D.T.L. (2002b). Chinese adolescents' perceptions of family functioning: Personal, school-related and family correlates. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 128(4), 358-380.
- Shek, D.T.L. (2002c). Family functioning and psychological well-being, school adjustment and problem behavior in Chinese adolescents with and without economic disadvantage. *Journal of Genetic Psychology*, 163, 497-502.

- Shek, D. T. L. (2003). A longitudinal study of parenting and adolescent adjustment in Chinese adolescents with economic disadvantage. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 15, 39–49.
- Shek, D. T. L. (2005a). A longitudinal study of perceived family functioning and adolescent adjustment in Chinese adolescents with economic disadvantage. *Journal of Family Issues*, 26, 518-543.
- Siddall, J., Huebner, E. S., y Jiang, X. (2013). A prospective study of differential sources of school-related social support and adolescent global life satisfaction. *American Journal of Orthopsychiatry*, 83(1), 107-114. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/ajop.12006>.
- Siegle, G. J., Moore, P. M., y Thase, M. E. (2004). Rumination: One construct, many features in healthy individuals, depressed individuals, and individuals with lupus. *Cognitive Therapy and Research*, 28(5), 645-668.
- Simon, G. E., Katon, W. J., VonKorff, M., Unützer, J., Lin, E. H., Walker, E. A., Bush, T., Rutter, C. y Ludman, E. (2001). Cost-effectiveness of a collaborative care program for primary care patients with persistent depression. *American Journal of Psychiatry*, 158(10), 1638-1644.
- Sloan, D. M., Bradley, M. M., Dimoulas, E. y Lang, P. J. (2002). Looking at facial expressions: Dysphoria and facial EMG. *Biological Psychology*, 60(2-3), 79-90. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/64747173?accountid=14549>
- Smolak, L. y Striegel-Moore, R. (2001). *Challenging the myth of the golden girl: Ethnicity and eating disorders*. (pp. 111-132) Washington, DC: American Psychological Association. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/10403-006>
- Solar, F., Paulina, R. G. y Roberto, M. A. (2007). Rumiación y presencia de sintomatología ansiosa y depresiva en adolescentes. *Revista Mexicana De Psicología*, 24(2), 175-183. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/622050188?accountid=14549>
- Sorensen, M.J., Nissen, J.B., Mors, O. y Thomsen, P. H. (2005). Age and gender differences in depressive symptomatology and comorbidity: an incident sample of psychiatrically admitted children. *Journal of Affective Disorder*, 84, 85–91.
- Sroufe, L. A. (2009). The concept of development in developmental psychopathology. *Child Development Perspectives*, 3, 178-183.

- Sroufe, L. A. y Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 17-29.
- Stattin, H. y Magnusson, D. (1990). *Pubertal maturation in female development*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/617853837?accountid=14549>
- Stavrakakis, N., Roest, A. M., Verhulst, F., Ormel, J., de Jonge, P. y Oldehinkel, A. J. (2013). Physical activity and onset of depression in adolescents: A prospective study in the general population cohort TRAILS. *Journal of Psychiatric Research*, 47(10), 1304-1308. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/1399051505?accountid=14549>
- Steinberg, L. (1987). Impact of puberty on family relations: Effects of pubertal status and pubertal timing. *Developmental Psychology*, 23, 451-460.
- Steiner, M., Dunn, E., y Born, L. (2003). Hormones and mood: from menarche to menopause and beyond. *Journal of affective disorders*, 74(1), 67-83.
- Stewart, S., Kennard, B. D., Lee, P. W. H., Hughes, C. W., Mayes, T. L., Emslie, G. J., Lewinsohn, P. M. (2004). A Cross-Cultural Investigation of Cognitions and Depressive Symptoms in Adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 113(2), 248-257. doi: 10.1037/0021-843X.113.2.248
- Stice, E., Hayward, C., Cameron, R. P., Killen, J. D. y Taylor, C. B. (2000). Body-image and eating disturbances predict onset of depression among female adolescents: A longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(3), 438-444. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.109.3.438>
- Stice, E., Presnell, K. y Bearman, S. K. (2001). Relation of early menarche to depression, eating disorders, substance abuse, and comorbid psychopathology among adolescent girls. *Developmental Psychology*, 37(5), 608-619. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.37.5.608>
- Stice, E., Shaw, H., Bohon, C., Marti, C. N., y Rohde, P. (2009). A meta-analytic review of depression prevention programs for children and adolescents: factors that predict magnitude of intervention effects. *Journal of consulting and clinical psychology*, 77(3), 486.
- Suldo, S. M., y Huebner, E. S. (2004a). Does life satisfaction moderate the effects of stressful events on psychopathological behaviour during adolescence? *School Psychology Quarterly*, 19, 93-105.

- Suldo, S. M., y Huebner, E. S. (2004b). The role of life satisfaction in the relationship between authoritative parenting dimensions and adolescent problem behavior. *Social Indicators Research*, 66, 165–195.
- Suldo, S. M., Shaffer, E. J., y Riley, K. N. (2008). A social-cognitive-behavioral model of academic predictors of adolescents' life satisfaction. *School Psychology Quarterly*, 23(1), 56-69. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/1045-3830.23.1.56>.
- Suldo, S. M., Riley, K. N. y Shaffer, E. J. (2006). Academic correlates of children and adolescents' life satisfaction. *School Psychology International*, 27(5), 567. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/212446296?accountid=14549>.
- Sun, R. C. F. y Shek, D. T. L. (2010). Life satisfaction, positive youth development, and problem behaviour among Chinese adolescents in Hong Kong. *Social Indicators Research*, 95, 455–474. doi: 10.1007/s11205-009-9531-9.
- Tan, Q. y Zeng, M. (2007). Class environment and life satisfaction of 548 high school students. *Chinese Mental Health Journal*, 21(8), 544-547. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/621847504?accountid=14549>.
- Taylor, K. A., Sullivan, T. N. y Kliewer, W. (2013). A longitudinal path analysis of peer victimization, threat appraisals to the self, and aggression, anxiety, and depression among urban African American adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 42(2), 178-189. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10964-012-9821-4>
- Terry, T. y Huebner, E. S. (1995). The relationship between self-concept and life satisfaction in children. *Social Indicators Research*, 35(1), 39-52.
- Teunissen, H. A., Adelman, C. B., Prinstein, M. J., Spijkerman, R., Poelen, E. A. P., Engels, R. C. M. E. y Scholte, R. H. J. (2011). The interaction between pubertal timing and peer popularity for boys and girls: An integration of biological and interpersonal perspectives on adolescent depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(3), 413-423. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10802-010-9467-1>
- Thapar, A. y McGuffin, P. (1996) Genetic influences on life events in childhood. *Psychological Medicine*, 26, 813 -820.
- Tomé, G., de Matos, M. G., Camacho, I., Simões, C., & Diniz, J. A. (2012). Portuguese adolescents: The importance of parents and peer groups in positive health. *The Spanish Journal of Psychology*, 15(3), 1315- 1324. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/1284063509?accountid=14549>

- Tran, C. V., Cole, D. A. y Weiss, B. (2012). Testing reciprocal longitudinal relations between peer victimization and depressive symptoms in young adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 41(3), 353-360. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/15374416.2012.662674>
- Treynor, W., Gonzalez, R. y Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination Reconsidered: A Psychometric Analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 27(3), 247-259.
- Tripathi, J. L. (2008). Depression and adjustment among school students in relation to gender and religion. *Journal of Psychosocial Research*, 3(1), 135-150. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/845399343?accountid=14549>.
- Tugade, M. M. y Fredrickson, B. L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86(2), 320-333. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/37965691?accountid=14549>
- Twenge, J.M., y 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, 578-588.
- Ullman, C. y Tatar, M. (2001). Psychological Adjustment Among Israeli Adolescent Immigrants: A report on Life Satisfaction, Self-Concept, and Self-Esteem. *Journal of Youth and Adolescence*, 30(4), 449-463.
- Ullman, J. B. (2006). Structural equation modeling: Reviewing the basics and moving forward. *Journal of Personality Assessment*, 87(1), 35-50.
- Ussher, M. H., Owen, C. G., Cook, D. G. y Whincup, P. H. (2007). The relationship between physical activity, sedentary behaviour and psychological wellbeing among adolescents. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, 42, 851-856. Doi: 10.1007/s00127-007-0232-x.
- Valois, R. F., Zullig, K. J. Huebner, S., y Drane, J. W. (2003). Dieting behaviors, weight perceptions, and life satisfaction among public high school adolescents. *Eating Disorders*, 11, 271-288. doi: 10.1080/10640260390242506.
- Valois, R. F., Zullig, K. J., Huebner, S., y Drane, J. W. (2004). Physical activity behavior and perceived life satisfaction among public high school adolescents. *Journal of School Health*, 74(2), 59-65.

- Valois, R. F., Zullig, K. J. Huebner, E. S., Kammermann, S. K. y Drane, J. W. (2002). Association between life satisfaction and sexual risk-taking behaviors among adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 11(4), 427–440.
- Van Wel, F.W., Bogt, T.F.M. y Raaijmakers, Q.A.W. (2002). Changes in the parental bond and the well-being of adolescents and young adults. *Adolescence*, 37, 317-333.
- Van Zalk, M., Kerr, M., Branje, S. J. T., Stattin, H. y Meeus, W. H. J. (2010). Peer contagion and adolescent depression: The role of failure anticipation. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 39(6), 837-848. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/15374416.2010.517164>
- Vaughan, C. A., Foshee, V. A. y Ennett, S. T. (2010). Protective effects of maternal and peer support on depressive symptoms during adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38(2), 261-272. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10802-009-9362-9>
- Varca, P. E., Shaffer, G. S. y Saunders, V. (1984). A longitudinal investigation of sport participation and life satisfaction. *Journal of Sport Psychology*, 6(4), 440-447. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/617102421?accountid=14549>.
- Vázquez, C. (2009). La ciencia del bienestar psicológico. En C. Vázquez y G. Hervás (Eds.), *La ciencia del bienestar: Fundamentos de una Psicología Positiva* (pp. 13-46). Madrid: Alianza Editorial
- Vázquez, C., Hervás, G., Hernangómez, L., y Romero, N. (2010). Modelos cognitivos de la depresión: Una síntesis y nueva propuesta basada en 30 años de investigación. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual: Revista Internacional Clínica y De La Salud*, 18(1), 139-165. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/869816204?accountid=14549>
- Vázquez, F. L., Pomar, C., Sánchez, T., Díaz, O. y López, M. (2007). La relevancia de la inteligencia emocional para la depresión. *Revista De Psicología General y Aplicada*, 60(3), 221-244. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/622175580?accountid=14549>
- Veenhoven, R. (1988). The utility of happiness. *Social Indicators Research*, 20(4), 333-354. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/1308068509?accountid=14549>

- Velez, C., Johnson, J., y Cohen, P. (1989). A longitudinal analysis of selected risk factors for childhood psychopathology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 861–864.
- Verkuyten, M. (1986). The impact of ethnic and sex differences on happiness among adolescents in the Netherlands. *Journal of Social Psychology*, 126, 259–260.
- Videra-García, A. y Reigal-Garrido, R. (2013). Autoconcepto físico, percepción de salud y satisfacción vital en una muestra de adolescentes. *Anales De Psicología*, 29(1), 141-147. doi:http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.1.132401.
- Vila, I. (1995). Relaciones familia-escuela. *Cuadernos de pedagogía*, 239, 14-15.
- Vilhjalmsson, R., y Thorlindsson, T. (1992). The integrative and physiological effects of sport participation: A study of adolescents. *Sociological Quarterly*, 33, 637–647.
- Vittersø, J., Røysamb, E. y Diener, E. (2002). The concept of life satisfaction across cultures: exploring its diverse meaning and relation to economic wealth. En E. Gullone y R. A. Cummins (Eds.). *The Universality of Subjective Well-Being Indicators. A multi-disciplinary and multi-national perspective. Social Indicators Research Book Series Vol. 16* (pp. 81 – 103). The Netherlands, Dordrecht: Kluwer Academic.
- Vogt Yuan, A. S. (2010). Body Perceptions, Weight Control Behavior, and Changes in Adolescents' Psychological Well-Being Over Time: A Longitudinal Examination of Gender. *Journal of Youth and Adolescence*, 39, 927-939.
- Vogt Yuan, A. S. (2012). Perceived breast development and adolescent girls psychological well-being. *Sex Roles*, 66, 790–806. doi: 10.1007/s11199-012-0138-2.
- Wade, T.J., Cairney, J., y Pevalin, D.J. (2002). Emergence of gender differences in depression during adolescence: National panel results from three countries. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 190-198.
- Walsh, S. D., Levine, S. Z., y Levav, I. (2011). The association between depression and parental ethnic affiliation and socioeconomic status: a 27-year longitudinal US community study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. doi:10.1007/s00127-011-0424-2

- Wang, P., Lin, H., Yeh, Y., Liu, T. y Yen, C. (2012). The relation of substance use with different levels of depressive symptoms and the moderating effect of sex and age in taiwanese adolescents. *Comprehensive Psychiatry*. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.02.010
- Ward, S., Sylva, J. y Gresham, F. M. (2010). School-based predictors of early adolescent depression. *School Mental Health*, 2(3), 125-131. doi:http://dx.doi.org/10.1007/s12310-010-9028-3
- Watson, D., Clark, L. y Tellegen, A. (1988). Development and Validation of Brief Measures of Positive and Negative Affect: The panas Scales, *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6). 1063-1070.
- Weiss, B., y Garber, J. (2003). Developmental differences in the phenomenology of depression. *Development and Psychopathology*, 15, 403-430.
- Weiss, J. W., Mouttapa, M., Cen, S., Johnson, C. A. y Unger, J. (2011). Longitudinal effects of hostility, depression, and bullying on adolescent smoking initiation. *Journal of Adolescent Health*, 48(6), 591-596. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2010.09.012
- Weissman, M. M., Wolk, S., Goldstein, R. B., Moreau, D., Adams, P., Greenwald, S., Klier, C. M., Ryan, N- D., Dahl, R. E. y Wickramaratne, P. (1999). Depressed adolescents grown up. *Journal of the American Medical Association*, 281, 1707–1713.
- Weisz, J. R., McCarty, C. A., y Valeri, S. M. (2006). Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: a meta-analysis. *Psychological bulletin*, 132(1), 132.
- WHO (2007). *Depression*. Geneva: World Health Organization. Disponible en: [http://www.who.int/mental_health/management/depression/ definition/en/](http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/).
- WHO (2008a). *Social cohesion for mental well-being among adolescents*. Copenhagen: WHO.
- WHO (2008b) *Suicide prevention and special programmes*. Geneva: World Health Organization. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html
- WHO (2012). *Social determinants of health and well-being among young people*. Copenhagen: WHO.

- Wichstrom, L. (1999). The emergence of gender difference in depressed mood during adolescence: The role of intensified gender socialization. *Developmental Psychology*, 35, 232-245.
- Wickrama, K. A. S., Wickrama, T. y Lott, R. (2009) Heterogeneity in youth depressive symptom trajectories: Social stratification and implications for young adult physical health. *Journal of Adolescent Health*, 45(4), 335-343. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.04.018>
- Wiles, N. J., Haase, A. M., Lawlor, D. A., Ness, A. y Lewis, G. (2012). Physical activity and depression in adolescents: Cross-sectional findings from the ALSPAC cohort. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(7), 1023-1033. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s00127-011-0422-4>
- Williams, J.M., y Currie, C.E. (2000). Self-esteem and physical development during early adolescence: Pubertal timing and body image. *Journal of Early Adolescence*, 20(2), 129-149.
- Williams, P. G., Colder, C. R., Richards, M. H. y Scalzo, C. A. (2002). The role of self-assessed health in the relationship between gender and depressive symptoms among adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, 27(6), 509-517. doi:<http://dx.doi.org/10.1093/jpepsy/27.6.509>
- Winer, B. J., Brown, D. R., y Michels, K. M. (1991). *Statistical principles in experimental design*. New York: McGraw-Hill.
- Wittchen, H.-U., Nelson, C.B., y Lachner, G. (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological Medicine* 28, 109–126.
- Witvliet, M., Brendgen, M., Van Lier, P. A., Koot, H. M. y Vitaro, F. (2010). Early adolescent depressive symptoms: Prediction from clique isolation, loneliness, and perceived social acceptance. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38(8), 1045-1056. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10802-010-9426-x>
- Wolfradt, U. (2006). Schlafverhalten, lebenszufriedenheit und wahrgenommener leistungsstress in der schule. *Psychologie in Erziehung Und Unterricht*, 53(1), 12-21. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/621157040?accountid=14549>.
- Wu, M., Sun, X. y Liang, N. (2009). A study on the relationship between self-esteem and depression: Mediator role of rumination. *Chinese Journal of Clinical*

- Psychology*, 17(6), 753-755. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/742976427?accountid=14549>
- Wu, M., Sun, X. y Liang, N.(2009). The mediator role of rumination in the relationship between self-esteem discrepancies and depression. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 6, 753-755.
- Xie, B., Unger, J. B., Gallaher, P., Johnson, C. A., Wu, Q. y Chou, C. (2010). Overweight, body image, and depression in Asian and Hispanic adolescents. *American Journal of Health Behavior*, 34(4), 476-488. doi:<http://dx.doi.org/10.5993/AJHB.34.4.9>
- Yang, J., Zhang, C. y Yao, S. (2010). The impact of rumination and stressful life events on depressive symptoms in high school students: A multi-wave longitudinal study. *Acta Psychologica Sinica*, 42(9), 939-945. doi:<http://dx.doi.org/10.3724/SP.J.1041.2010.00939>
- Yates, T.M., Egeland, B., y Sroufe, L.A. (2003). Rethinking resilience: A developmental process perspective. In S.S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerabilities: Adaptation in the context of childhood adversities*. (pp.243-266). New York: Cambridge University Press.
- Yi, S., Poudel, K. C., Yasuoka, J., Palmer, P. H., Yanagisawa, S. y Jimba, M. (2012). Sibling care, school performance, and depression among adolescent caretakers in Cambodia. *Asian Journal of Psychiatry*, 5(2), 132-136. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.ajp.2012.04.002>
- Young, E. y Korszun, A. (1999). *Women, stress, and depression: Sex differences in hypothalamic-pituitaryadrenal axis regulation*. (pp. 31-52) Arlington, VA. : American Psychiatric Association. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/619412973?accountid=14549>
- Young, J. F., Berenson, K., Cohen, P. y Garcia, J. (2005). The role of parent and peer support in predicting adolescent depression: A longitudinal community study. *Journal of Research on Adolescence*, 15(4), 407-423. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-7795.2005.00105.x>
- Young, M. H., Miller, B. C., Norton, M. C. y Hill. J. E. (1995). The effect of parental supportive behaviors on life satisfaction of adolescent offspring. *Journal of Marriage and Family*, 57(3), 813-822.

- Yorbik, O., Birmaher, B., Axelson, D., Williamson, D. E., y Ryan, N. D. (2004). Clinical characteristics of depressive symptoms in children and adolescents with major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(12), 1654-9.
- Zeidner, M. y Olnick-Shemesh, D. (2010). Emotional intelligence and subjective well-being revisited. *Personality and Individual Differences* 48, 431–435. doi:10.1016/j.paid.2009.11.011.
- Zhang, L. y Leung, J. (2002). Moderating effects of gender and age on the relationship between self-esteem and life satisfaction in mainland Chinese. *International Journal of Psychology*, 37(2), 83–91. doi:10.1080/00207590143000252
- Zou, L. y Gan, Y. (2007). Mediation effect of rumination on relationship between locus of control and depression among adolescents. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 15(5), 496-498. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/622099253?accountid=14549>
- Zhou, Y., Jiao, B., Liu, T., Chen, C. y Fu, Z. (2011). Mediating effect of self-esteem between stressful life events and depression. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 19(3), 370-371. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/904017161?accountid=14549>
- Zullig, K. J., Pun, S. M. y Huebner, E. S. (2007). Life satisfaction, dieting behavior, and weight perceptions among college students. *Applied Research in Quality of Life*, 2, 17–31. doi: 10.1007/s11482-007-9027-1.
- Zullig, K. J., Valois, R. T., Huebner, E. S., Oeltmann, J. E., y Drane, W. (2001). Relationship between perceived life satisfaction and adolescents substance abuse. *Journal of Adolescent Health*, 29(4), 279-288. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S1054-139X(01)00269-5.
- Zullig, K. J., Valois, R. F., Huebner, E. S. y Drane, J. W. (2005a). Adolescent health-related quality of life and perceived satisfaction with life. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care y Rehabilitation*, 14(6), 1573-1584. doi:http://dx.doi.org/10.1007/s11136-004-7707-y.
- Zullig, K. J., Valois, R. F., Huebner, E. S., y Drane, J. W. (2005b). Associations among family structure, demographics, and adolescent perceived life satisfaction. *Journal of Child and Family Studies*, 14(2), 195-206. doi:http://dx.doi.org/10.1007/s10826-005-5047-3.

7. APÉNDICES

7.1. Frecuencias de las variables objeto de estudio, por sexo.

Tabla 140: Porcentaje de frecuencias del nivel de estudios del padre, por sexo.

	Chicos (n=350)	Chicas (n=362)	Total (n=712)
No tiene estudios	1,7	0,3	1
Fue al colegio algunos años	11,7	9,4	10,5
Tiene el graduado escolar	22,9	23,8	23,3
Hizo formación profesional	14	12,4	13,2
Hizo el bachillerato	8	8,8	8,4
Tiene una carrera universitaria	24,9	27,1	26
Tiene otros estudios	0,3		0,1
No sé qué estudios tiene mi padre	14,9	16,3	15,6
No tengo padre	1,7	1,9	1,8

Tabla 141: Porcentaje de frecuencias del nivel de estudios de la madre, por sexo.

	Chicos (n=350)	Chicas (n=362)	Total (n=712)
No tiene estudios	2,6	1,7	2,1
Fue al colegio algunos años	9,1	11,3	10,3
Tiene el graduado escolar	24,6	23,2	23,9
Hizo formación profesional	13,7	12,2	12,9
Hizo el bachillerato	9,1	8,3	8,7
Tiene una carrera universitaria	25,4	30,4	27,9
Tiene otros estudios	0,9	0,3	0,6
No sé qué estudios tiene mi madre	13,7	12,2	12,9
No tengo madre	0,9	0,6	0,7

Tabla 142: Porcentaje de frecuencias de la situación laboral del padre, por sexo.

	Chicos (n=348)	Chicas (n=362)	Total (n=710)
Tiene un empleo fijo	59,8	52,8	56,2
Tiene su propio negocio	21	21,3	21,1
Realiza trabajos ocasionales diversos	6	8,3	7,2
Está en paro	6,9	7,7	7,
Es jubilado	2	2,8	2,4
No sé cuál es la situación laboral	2,6	5	3,8
No tengo padre	1,7	2,2	2

Tabla 143: Porcentaje de frecuencias de la situación laboral de la madre, por sexo.

	Chicos (n=349)	Chicas (n=361)	Total (n=710)
Es ama de casa	29,2	27,7	28,5
Tiene un empleo fijo	46,7	47,4	47
Tiene su propio negocio	10	10,5	10,3
Realiza trabajos ocasionales diversos	7,7	7,5	7,6
Desea trabajar fuera de casa, pero no tiene trabajo	3,2	2,8	3
Es jubilada	0,6	1,7	1,1
No sé cuál es la situación laboral	1,7	1,9	1,8
No tengo madre	0,9	0,6	0,7

Tabla 144: Porcentaje de frecuencias del nivel profesional del padre, por sexo.

	Chicos (n=302)	Chicas (n=308)	Total (n=610)
Trabajo sin cualificar	24,8	18,5	21,6
Trabajo cualificado	47,7	52,6	50,2
Grado medio	11,9	11	11,5
Grado superior	15,6	17,5	16,6
Estudiante		0,3	0,2

Tabla 145: Porcentaje de frecuencias del nivel profesional de la madre, por sexo.

	Chicos (n=305)	Chicas (n=334)	Total (n=639)
Trabajo sin cualificar	21	23,7	22,4
Trabajo cualificado	28,9	23,1	25,8
Grado medio	12,1	15,9	14,1
Grado superior	9,2	12	10,6
Ama de casa	28,5	24,9	26,6
Estudiante	0,3	0,6	0,5

Tabla 146: Porcentaje de frecuencias de la práctica religiosa, por sexo.

	Chicos (n=336)	Chicas (n=353)	Total (n=689)
Sí, y además la practico	32,1	37,1	34,7
Sí, pero no soy practicante	42,9	43,9	43,4
No	15,5	9,6	12,5
No lo sé	9,5	9,3	9,4

Tabla 147: Porcentaje de frecuencias de las actividades familiares en el fin de semana, por sexo.

	Chicos (n=350)	Chicas (n=357)	Total (n=707)
Nunca	1,4	2	1,7
Casi nunca	6,9	8,7	7,8
Pocas veces	11,7	9,5	10,6
De vez en cuando	30,9	35,6	33,2
Con frecuencia	20	20,2	20,1
Casi siempre	19,1	16	17,5
Siempre	10	8,1	9,1

Tabla 148: Porcentaje de frecuencias del apoyo parental en cuestiones escolares, por sexo.

	Chicos (n=351)	Chicas (n=361)	Total (n=712)
Nunca	1,7	1,9	1,8
Casi nunca	2	2,5	2,2
A veces	7,1	8,3	7,7
Casi siempre	13,4	7,5	10,4
Siempre	75,8	79,8	77,8

Tabla 149: Porcentaje de frecuencias de la colaboración en tareas domésticas, por sexo.

	Chicos (n=348)	Chicas (n=359)	Total (n=707)
Nunca	5,2	2,2	3,7
De tarde en tarde	10,3	5,3	7,8
Sólo el fin de semana	13,2	16,4	14,9
Algunas veces en la semana	35,1	29,2	32,1
A diario o casi a diario	36,2	46,8	41,6

Tabla 150: Porcentaje de frecuencias de la composición de la unidad familiar, por sexo.

	Chicos (n=337)	Chicas (n=358)	Total (n=695)
Con ambos progenitores	86,1	83,5	84,7
Con la madre	11,6	14,5	13,1
Con el padre	0,6	0,6	0,6
Sin padres	1,8	1,4	1,6

Tabla 151: Porcentaje de frecuencias de la composición de la unidad familiar con las nuevas parejas, por sexo.

	Chicos (n=337)	Chicas (n=358)	Total (n=695)
Con la madre y el padrastro	4,5	5,6	5
Con el padre y la madrastra	0,3	0,3	0,3
Con el padre y la madre	85,2	83,5	84,3
Con la madre	7,7	8,9	8,5
Con el padre	0,3	0,3	0,3
Sin el padre y sin la madre	1,8	1,4	1,6

Tabla 152: Porcentaje de frecuencias de la satisfacción escolar, por sexo.

	Chicos (n=346)	Chicas (n=362)	Total (n=708)
Me gusta mucho	12,7	26	19,5
Me gusta un poco	45,1	46,1	45,6
No me gusta mucho	27,5	19,1	23,2
No me gusta nada	14,7	8,8	11,7

Tabla 153: Porcentaje de frecuencias del rendimiento percibido, por sexo.

	Chicos (n=349)	Chicas (n=362)	Total (n=711)
Muy bueno	24,9	28,2	26,6
Bueno	43,3	48,1	45,7
Medio	29,8	21,3	25,5
Por debajo de la media	2	2,5	2,3

Tabla 154: Porcentaje de frecuencias de la presión escolar, por sexo.

	Chicos (n=349)	Chicas (n=361)	Total (n=710)
Nada en absoluto	7,7	8,9	8,3
Un poco	49	52,9	51
Bastante	29,5	29,4	29,4
Mucho	13,8	8,9	11,3

Tabla 155: Porcentaje de frecuencias del tiempo dedicado a los deberes, por sexo.

	Chicos (n=348)	Chicas (n=362)	Total (n=710)
Nunca hago los deberes	1,4	0,8	1,1
Menos de 15 minutos	2,9	1,9	2,4
Entre 15 y 30 minutos	14,1	7,5	10,7
Entre 30 y 60 minutos	23,9	21,3	22,5
Entre 1 y 2 horas	41,7	42,5	42,1
Más de 2 horas	16,1	26	21,1

Tabla 156: Porcentaje de frecuencias de la repetición de curso, por sexo.

	Chicos (n=350)	Chicas (n=362)	Total (n=712)
Nunca	81,1	85,9	83,6
Sí, una vez	14,9	11	12,9
Sí, dos o más veces	4	3	3,5

Tabla 157: Porcentaje de frecuencias de las expectativas académicas, por sexo.

	Chicos (n=348)	Chicas (n=362)	Total (n=710)
Estudiar un ciclo formativo o módulo	17,5	10,8	14,1
Estudiar el bachillerato	66,1	83,1	74,8
Conseguir un trabajo	8	1,7	4,8
Colocarme de aprendiz	0,3		0,1
Estar en paro	0,3		0,1
No lo sé	6,9	4,4	5,6
Otra cosa	0,9		0,4

Tabla 158: Porcentaje de frecuencias del absentismo escolar, por sexo.

	Chicos (n=349)	Chicas (n=362)	Total (n=711)
Ninguno	76,5	71,8	74,1
Algunas horas, pero no un día entero	8,6	8,8	8,7
1 día	8,6	11	9,8
2 ó 3 días	6	6,6	6,3
4 o más días	0,3	1,7	1

Tabla 159: Porcentaje de frecuencias del sentimiento de exclusión escolar, por sexo.

	Chicos (n=350)	Chicas (n=362)	Total (n=712)
Nunca	63,1	67,1	65,2
Rara vez	28	25,1	26,5
De vez en cuando	6,3	6,1	6,2
Con bastante frecuencia	2,6	1,7	2,1

Tabla 160: Porcentaje de frecuencias del acoso escolar, por sexo.

	Chicos (n=349)	Chicas (n=362)	Total (n=711)
Nunca	35,5	39,2	37,4
Rara vez	39,8	39,5	39,7
De vez en cuando	17,2	16,6	16,9
Con bastante frecuencia	7,4	4,7	6

Tabla 161: Porcentaje de frecuencias del acoso escolar ejercido, por sexo.

	Chicos (n=351)	Chicas (n=362)	Total (n=713)
Nunca	38,7	57,5	48,2
Muy pocas veces	49,3	34,8	41,9
De vez en cuando	8,8	6,1	7,4
Con frecuencia	3,1	1,7	2,4

Tabla 162: Porcentaje de frecuencias de la facilidad para hacer amigos, por sexo.

	Chicos (n=345)	Chicas (n=359)	Total (n=704)
Muy difícil	2	2,8	2,4
Difícil	4,1	4,5	4,3
Ni difícil ni fácil	26,4	29,8	28,1
Fácil	26,4	24,8	25,6
Muy fácil	41,2	38,2	39,6

Tabla 163: Porcentaje de frecuencias del número de amigos, por sexo.

	Chicos (n=338)	Chicas (n=355)	Total (n=693)
Ninguno	0,9	1,4	1,2
Uno	2,4	3,9	3,2
Dos	8,3	10,1	9,2
Tres	9,5	14,9	12,3
cuatro	9,8	10,7	10,2
Cinco	9,2	10,1	9,7
Seis o más	60,1	48,7	54,3

Tabla 164: Porcentaje de frecuencias del número de tardes a la semana que pasa con los amigos, por sexo.

	Chicos (n=342)	Chicas (n=358)	Total (n=700)
Ninguna	10,8	8,1	9,4
Una	13,2	13,1	13,1
Dos	19,6	31,3	25,6
Tres	17	21,5	19,3
cuatro	14,3	7,5	10,9
Cinco	10,5	7,8	9,1
Seis	5,3	3,1	4,1
Siete	9,4	7,5	8,4

Tabla 165: Porcentaje de frecuencias de tener o no una relación estable, por sexo.

	Chicos (n=342)	Chicas (n=358)	Total (n=700)
Sí	24,6	20,4	22,4
No	68,1	74,3	71,3
No lo sé	7,3	5,3	6,3

Tabla 166: Porcentaje de frecuencias de la resistencia a la presión grupal, por sexo.

	Chicos (n=341)	Chicas (n=359)	Total (n=700)
Me resulta muy difícil y no digo nada	10,3	6,7	8,4
Me resulta difícil y pocas veces lo digo	8,2	9,5	8,9
A veces lo digo y a veces no	31,7	38,2	35
Cuando eso ocurre, siempre o casi siempre digo que no estoy de acuerdo	49,9	45,7	47,7

Tabla 167: Porcentaje de frecuencias de la autopercepción corporal, por sexo.

	Chicos (n=348)	Chicas (n=360)	Total (n=708)
Me gusta mucho	22,7	14,7	18,6
Me gusta bastante	31,6	26,4	29
Ni me gusta ni me disgusta	32,5	43,6	38,1
Me gusta poco	8,6	11,4	10
No me gusta nada	4,6	3,9	4,2

Tabla 168: Porcentaje de frecuencias de la hora de acostarse entre semana, por sexo.

	Chicos (n=351)	Chicas (n=361)	Total (n=712)
Sobre las 9 o antes	1,7	0,6	1,1
Sobre las 9,30	0,9	1,9	1,4
Sobre las 10	6,3	4,7	5,5
Sobre las 10,30	18,2	23	20,6
Sobre las 11	28,2	22,2	25,1
Sobre las 11,30	24,2	24,1	24,2
Sobre las 12	10,8	13	11,9
Sobre las 12,30	6,8	6,9	6,9
Sobre la 1 o más tarde	2,8	3,6	3,2

Tabla 169: Porcentaje de frecuencias de la hora de levantarse entre semana, por sexo.

	Chicos (n=350)	Chicas (n=361)	Total (n=711)
Sobre las 6,30 o antes	4,6	5,5	5,1
Sobre las 7	41,4	44,9	43,2
Sobre las 7,30	42,3	41,0	41,6
Sobre las 8	11,4	8,6	10
Sobre las 8,30	0,3		0,1

Tabla 170: Porcentaje de frecuencias de la hora de acostarse el viernes, por sexo.

	Chicos (n=351)	Chicas (n=362)	Total (n=713)
Sobre las 10 o antes	1,1	0,8	1
Sobre las 11	6	6,1	6
Sobre las 12	29,1	34	31,6
Sobre la 1 de la madrugada	31,3	27,3	29,3
Sobre las 2 de la madrugada	1,1	18	16,5
Sobre las 3 de la madrugada	10,5	9,1	9,8
Sobre las 4 de la madrugada	4,6	3,3	3,9
Sobre las 5 de la madrugada	0,6	0,6	0,6
Sobre las 6 de la madrugada o más tarde	1,7	0,8	1,3

Tabla 171: Porcentaje de frecuencias de la hora de levantarse el sábado, por sexo.

	Chicos (n=350)	Chicas (n=361)	Total (n=711)
Sobre las 8 o antes	8	1,9	4,9
Sobre las 9	15,1	11,4	13,2
Sobre las 10	24	28	26
Sobre las 11	29,1	33,5	31,5
Sobre las 12	13,1	15,8	14,5
Sobre la 1	5,7	6,1	5,9
Sobre las 2 o más tarde	4,6	3,3	3,9

Tabla 172: Porcentaje de frecuencias del cansancio matinal, por sexo.

	Chicos (n=351)	Chicas (n=361)	Total (n=712)
Raras veces o nunca	15,1	15,5	15,3
Algunas veces	52,4	59,6	56
De 1 a 3 veces por semana	10,8	10	10,4
4 o más veces por semana	21,7	15	18,3

Tabla 173: Porcentaje de frecuencias de la práctica de deporte en horario extraescolar, por sexo

	Chicos (n=351)	Chicas (n=362)	Total (n=713)
Nunca	8,3	16,3	12,3
Muy pocas veces	8	24,9	16,5
Un día a la semana	3,7	13,3	8,6
Varios días a la semana, pero no cada día	51,3	37	44
Todos los días	28,8	8,6	18,5

Tabla 174: Porcentaje de frecuencias de la práctica de ejercicio físico a la semana, por sexo.

	Chicos (n=351)	Chicas (n=360)	Total (n=711)
Ninguna	2,6	9,2	5,9
Alrededor de media hora	4,8	10,6	7,7
Alrededor de una hora	20,8	31,9	26,4
Alrededor de 2-3 horas	34,5	29,7	32,1
Alrededor de 4-6 horas	19,7	12,2	15,9
Más de 7 horas	17,7	6,4	12

Tabla 175: Porcentaje de frecuencias del consumo de cerveza, por sexo.

	Chicos (n=333)	Chicas (n=349)	Total (n=682)
Sí	21	8	14,4
No	78,4	90,8	84,8
No sé	0,6	1,1	0,9

Tabla 176: Porcentaje de frecuencias del consumo de vino, champán o vermut, por sexo.

	Chicos (n=330)	Chicas (n=350)	Total (n=680)
Sí	38,05	32,3	35,3
No	59,4	66,6	63,1
No sé	2,1	1,1	1,6

Tabla 177: Porcentaje de frecuencias del consumo de licores o cubatas, por sexo.

	Chicos (n=340)	Chicas (n=358)	Total (n=698)
Sí	42,4	33	37,5
No	54,7	65,6	60,3
No sé	2,9	1,4	2,1

Tabla 178: Porcentaje de frecuencias de la frecuencia en el consumo de cerveza, por sexo.

	Chicos (n=343)	Chicas (n=359)	Total (n=702)
Cada día	0,3		0,1
Cada semana	0,9		0,4
Alguna vez al mes	3,5	0,8	2,1
Raras veces	14,6	5,6	10
Nunca	80,8	93,6	87,3

Tabla 179: Porcentaje de frecuencias de la frecuencia en el consumo de vino, champán o vermut, por sexo.

	Chicos (n=342)	Chicas (n=357)	Total (n=699)
Cada día		0,3	0,1
Cada semana	2,3		1,1
Alguna vez al mes	2,9	4,8	3,9
Raras veces	31	24,6	27,8
Nunca	63,7	70,3	67,1

Tabla 180: Porcentaje de frecuencias de la frecuencia en el consumo de licores o cubatas, por sexo.

	Chicos (n=347)	Chicas (n=360)	Total (n=707)
Cada día	0,6		0,3
Cada semana	5,8	5	5,4
Alguna vez al mes	10,1	12,8	11,5
Raras veces	22,8	15,8	19,2
Nunca	60,8	66,4	63,6

Tabla 181: Porcentaje de frecuencias del número de veces en que se ha embriagado, por sexo.

	Chicos (n=350)	Chicas (n=362)	Total (n=712)
Nunca	84,9	88,1	86,5
1 vez	8,9	6,1	7,4
2 ó 3 veces	3,7	4,4	4,1
De 4 a 10 veces	1,7	1,1	1,4
Más de 10 veces	0,9	0,3	0,6

Tabla 182: Porcentaje de frecuencias de la participación en el botellón, por sexo.

	Chicos (n=350)	Chicas (n=362)	Total (n=712)
No, nunca he ido de botellón	73,4	75,7	74,6
Sí, muy pocas veces	18,9	16,6	17,7
Más o menos 1 vez a la semana	5,7	5,5	5,6
Aproximadamente 2 veces a la semana	0,6	1,7	1,1
3 o más veces a la semana	1,4	0,6	1

Tabla 183: Porcentaje de frecuencias del consumo comparado en el botellón, por sexo.

	Chicos (n=351)	Chicas (n=361)	Total (n=712)
Nunca o casi nunca voy de botellón	74,1	76,2	75,1
Cuando voy de botellón no bebo nada de alcohol	5,7	5,3	5,5
Bebo bastante menos alcohol que mis amigos	10,3	10,2	10,3
Bebo más o menos la misma cantidad de alcohol que mis amigos	8,5	7,8	8,1
Dentro de mi grupo de amigos, soy de los que más alcohol beben,	1,4	0,6	1

Tabla 184: Porcentaje de los adolescentes que fuman tabaco, por sexo.

	Chicos (n=343)	Chicas (n=359)	Total (n=702)
Sí	24,2	20,1	22,1
No	75,8	79,9	77,9

Tabla 185: Porcentaje de frecuencias del consumo de tabaco, por sexo.

	Chicos (n=343)	Chicas (n=359)	Total (n=702)
Todos los días	3,5	2,2	2,8
Una vez a la semana o más, pero no cada día	2	1,9	2
Menos de una vez por semana	5,5	5	5,3
No fumo	88,9	90,8	89,9

Tabla 186: Porcentaje de frecuencias del consumo de drogas, por sexo.

	Chicos (n=334)	Chicas (n=356)	Total (n=690)
Tres o más veces	4,2	0,8	2,5
Una o dos veces	2,1	2	2
Nunca	93,7	97,2	95,5

Tabla 187: Porcentaje de frecuencias del consumo de drogas en el último mes, por sexo.

	Chicos (n=341)	Chicas (n=357)	Total (n=698)
Tres o más veces	2,1	0,3	1,1
Una o dos veces	1,8	1,1	1,4
Nunca	96,2	98,6	97,4

Tabla 188: Porcentaje de frecuencias de la salud percibida, por sexo.

	Chicos (n=348)	Chicas (n=358)	Total (n=706)
Muy sano/a	55,5	50,8	53,1
Bastante sano/a	40,8	46,4	43,1
No muy sano/a	3,7	2,8	3,2

Tabla 189: Porcentaje de frecuencias de haber tenido o no la menarquía.

	Chicas (n=367)
Sí	80,1
No	19,9

Tabla 190: Porcentaje de frecuencias de la edad a la que se tuvo la menarquía.

	Chicas (n=293)
8 años	0,3
9 años	2,4
10 años	10,2
11 años	34,5
12 años	36,5
13 años	13,3
14 años	2,4
15 años	0,3

Tabla 191: Media y desviación típica de las variables cuantitativas del estudio, por sexo.

Variables	Media chicos	Desviación típica chicos	Media chicas	Desviación típica chicas	Media total	Desviación típica total
Calidad en la relación con el padre	21,61	3,98	21,13	4,46	21,37	4,24
Calidad en la relación con la madre	23,10	2,81	23,03	3,13	23,06	2,98
Dinero de bolsillo	14,64	38,41	11,33	13,41	12,97	26,68
Autoestima	31,66	5,03	30,37	4,76	31,01	4,93
Rumiación depresiva	14,99	5,02	15,87	4,79	15,44	4,92
Distracción	17,60	4,95	16,33	4,97	16,94	5
Saboreo de emociones positivas	12,92	3,10	12,82	3,15	12,87	3,12
Inhibición de emociones positivas	8,36	3,81	7,65	3,61	7,99	3,72
Atribución de emociones positivas	11,40	3,61	10,42	3,64	10,90	3,66
Atención emocional	12,78	4,71	13,87	4,25	13,35	4,51
Claridad emocional	14,40	3,99	14,17	3,62	14,28	3,80
Reparación emocional	14,63	4,24	13,39	4,12	13,98	4,22
Horas de sueño entre semana	8,12	0,80	8,04	0,78	8,08	0,79
Horas de sueño en el fin de semana	9,44	1,65	9,78	1,43	9,61	1,55
Peso	55,01	12,28	49,49	9,04	52,25	11,12
Altura	163,54	10,52	159,47	7,88	161,52	9,51
IMC	20,55	3,49	19,52	3,17	20,04	3,37
Satisfacción vital T1	18,83	4,58	18,77	4,45	18,80	4,51
Síntomas depresivos T 1	3,01	2,66	3,85	2,84	3,44	2,79
Satisfacción vital T2	18,67	4,41	18,06	4,45	18,36	4,44
Síntomas depresivos T 2	3,28	2,75	4,16	2,93	3,73	2,88

7.2. Instrucciones en el procedimiento de recogida de datos

El/La orientador/a acompañará al encuestador a las clases seleccionadas, donde podrá permanecer durante la realización de la evaluación el/la profesor/a o tutor/a correspondiente, o bien el/la orientador/a, si lo consideran adecuado o necesario. La duración de la aplicación del instrumento será la correspondiente a una clase (aprox. 1 hora), si bien la duración promedio suele estar entre 30 y 45 minutos.

El encuestador presentará inicialmente la tarea a realizar señalando las siguientes ideas:

a) Es un estudio sobre los estilos de vida, la forma de vivir, de los adolescentes andaluces.

b) Es completamente anónimo, no será identificado ningún/a alumno/a nunca.

c) No se analizará a ninguna persona en particular, ni la información pasará a padres/madres; el objetivo es estudiar a los jóvenes andaluces en general, con lo cual se anima a que sean sinceros/as en las respuestas, para que el estudio resulte adecuado. Sólo se realizarán estudios generales sobre los estilos de vida de los jóvenes andaluces, no estudios particulares de personas o clases concretas.

El procedimiento consiste en la aplicación colectiva (toda la clase) del autoinforme. Cada alumno realizará en silencio e individualmente el cuestionario, con un bolígrafo, en su mesa. El cuestionario presenta una serie de preguntas acompañadas de opciones de respuesta. El/la alumno/a señalará la opción de respuesta que más se adapte a su realidad señalando con una X la casilla situada junto a dicha opción. En caso de equivocarse, el/la alumno/a tan sólo ha de rellenar la casilla completamente e indicar la X en otra casilla. Se permiten otros procedimientos que permitan identificar con claridad la opción elegida (como escribir junto a la opción “ésta es”).

Se recogerá además la siguiente información de interés durante la aplicación colectiva del autoinforme:

- 1) Hora en la que entrega el cuestionario el/la primero/a de los/as alumnos/as.
- 2) Hora en la que entrega el cuestionario el/la último/a de los/as alumnos/as.
- 3) Incidencias de interés durante la aplicación del cuestionario, como, por ejemplo, ítems que han presentado dificultad o acontecimientos que hubieran podido dificultar la aplicación.

La aplicación colectiva del instrumento concluirá dando las gracias por la colaboración a los/as alumnos/as.

Los cuestionarios sobrantes serán conservados y devueltos a la dirección del estudio; en ningún caso permanecerán en el centro educativo.

7.3. Instrumento