

¿LA ESCUELA PRIVADA REDUCE EL RIESGO DE DEPRESIÓN JUVENIL? UN ESTUDIO TRANSVERSAL EN PUERTO RICO*

DOES PRIVATE SCHOOL REDUCE THE RISK OF YOUTH DEPRESSION? A CROSS-SECTIONAL STUDY IN PUERTO RICO

Recibido: 28 de mayo de 2019 | Aceptado: 25 de noviembre de 2019

Eduardo **Cumba-Avilés** ¹, Francarlo **Valcárcel-Benítez** ², Gladys **Crespo-Ramos** ², Vidalina **Feliciano-López** ¹

¹. Instituto de Investigación Psicológica, Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras, San Juan, Puerto Rico;

². Ponce Health Sciences University, Ponce, Puerto Rico

RESUMEN

Aunque comúnmente se cree que la educación privada facilita alcanzar mejores logros académicos y oportunidades universitarias o laborales, la literatura sobre la depresión por tipo de escuela no es conclusiva. Exploramos diferencias en sintomatología depresiva (SD) e indicadores asociados en 621 jóvenes (12-18 años) de escuelas públicas y privadas de la región de San Juan. Completaron el Inventario para la Evaluación del Espectro de la Sintomatología Depresiva y el Children's Depression Inventory. Usamos análisis multivariados y univariados de covarianza para comparar su SD y autoeficacia para la depresión (AED) por tipo de escuela en las 2 semanas (U2S) y los 6 meses más recientes, ajustando por nivel socio-económico familiar percibido y otras variables. Quienes asistían a aulas privadas reportaron más SD en ambos períodos de tiempo y sus contrapartes tuvieron más AED en las U2S. Utilizando el Chi-cuadrado y el Odds Ratio, analizamos la asociación entre el tipo de escuela y otros indicadores relevantes. En análisis univariados y ajustados, quienes estudiaban en aulas privadas tuvieron mayor propensión a mostrar indicadores de depresión. Sin que ello implique causalidad, estudiar en aulas privadas se asoció a mayor severidad en sintomatología y propensión a indicadores de depresión. Discutimos posibles explicaciones e implicaciones de estos hallazgos.

PALABRAS CLAVE: Adolescentes, depresión, latinos/as, tipo de escuela.

ABSTRACT

Although it is commonly believed that private schooling facilitates greater academic achievement and better college and job opportunities, research about depression considering school type is inconclusive. We explored differences in depressive symptomatology (DS) and related indicators in 621 youth (12-18 years old) from public and private schools in the San Juan region. They completed the Depressive Symptoms Spectrum Assessment Inventory and the Children's Depression Inventory. We used multivariate and univariate analyses of covariance to compare DS and self-efficacy for depression (SED) by school type in the past 2 weeks (P2W) and 6 months, adjusting for family perceived socio-economic level and other variables. Private school students obtained higher DS scores on both timeframes assessed and their counterparts showed higher SED in the P2W. Using Chi-square and Odds Ratio (OR), we analyzed the association between school type and other relevant indicators. In univariate and adjusted analyses, private school students showed higher odds for presenting depression-related indicators. Although our findings do not imply a causal relationship, attending a private school was associated to higher symptomatology and odds for indicators of depression. We discuss possible explanations and implications of these findings.

KEYWORDS: Adolescents, depression, Latinos/Latinas, school type.

* Una versión preliminar de este trabajo se presentó en la 59na Convención Anual de la Asociación de Psicología de Puerto Rico. El trabajo en este artículo fue apoyado en parte por el Instituto Nacional de Diabetes, Enfermedades Digestivas y Renales (R03DK092547) a través de una subvención otorgada al primer autor y por fondos otorgados por la Oficina del Presidente de la Universidad de Puerto Rico. La responsabilidad por el contenido de este trabajo es sólo de sus autores/as y no necesariamente representa la visión oficial de los Institutos Nacionales de Salud.

Comunicaciones relacionadas a este trabajo pueden dirigirse a: Dr. Eduardo Cumba-Avilés, Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras, Facultad de Ciencias Sociales, Instituto de Investigación Psicológica (IPsi), 9 Ave. Universidad #901, San Juan, PR 00925-2509. E-mail: eduardo.cumba1@upr.edu

Estudios de cernimiento realizados en Puerto Rico (PR) revelan un incremento en la prevalencia de síntomas del Trastorno Depresivo Mayor (TDM) en jóvenes (Moscoso-Álvarez, Rodríguez-Figueroa, Reyes-Pulliza, & Colón, 2016). Según el *Center for Disease Control and Prevention* (CDC; 2018), los/as estudiantes de escuela superior de PR que reportaron tristeza o desesperanza que durara al menos dos semanas en el año previo aumentaron de 30.6% en 2011 a 36.1% en 2017, siendo de 31.5% el dato para los Estados Unidos (EU). El TDM es el tipo más conocido de depresión y requiere síntomas que generen malestar o problemas significativos.

Aunque la matrícula escolar en PR ha mermado, la reducción ha sido mayor en el sector público (Hinojosa, Meléndez, & Severino-Pietri, 2019). Muchos padres creen que la educación privada aumenta la oportunidad de graduarse, ir a una universidad de calidad y tener un buen empleo (Kelly & Scafidi, 2013). De ello existe cierta evidencia (Scheper, 2013, Watt, 2003). Los resultados en las pruebas del *College Board* avalan tal creencia, pues en todas las materias quienes estudian en aulas privadas puntúan mejor (Disdier & Jara, 2017). Aun sin ser comparables, los hallazgos de las pruebas de aprovechamiento de los sectores público y privado coinciden con ello (Disdier & Jara, 2017). Aunque algo similar ocurre en EU, la diferencia puede deberse a que el aula pública recibe más jóvenes de rendimiento y nivel económico bajo (*Center on Education Policy*, 2007; Scheper, 2013). En estudios que compararon indicadores de logro y progreso por tipo de escuela en EU (Pianta & Ansari, 2018) y Australia (Goss & Sonnemann, 2018) se halló que la ventaja socioeconómica (no el tipo de escuela) predecía mejor el éxito estudiantil. En PR la tasa de menores bajo el nivel de pobreza en aula pública varió de 71.2% en 2010-11 (Disdier, 2015) a 80.8% en 2014-15 (Disdier & Jara, 2017). Aun sin datos oficiales, se sabe que el aula privada atiende mayormente estudiantes de clase media hacia arriba, lo que les da una ventaja socioeconómica respecto a quienes estudian

en aula pública. Si bien se cree que las aulas privadas ofrecen ventajas educativas, culturales y extracurriculares, la evidencia de que estudiar en escuelas privadas trae un beneficio en lo emocional es poca (Kelly & Scafidi, 2013; Scheper, 2013). Aunque la evidencia sobre diferencias en la depresión juvenil por tipo de aula no es conclusiva, tampoco apoya que estudiar en aula privada reduzca el riesgo de depresión.

Varios estudios evidencian más indicadores de depresión en aulas privadas. Uno comparó estudiantes de nivel socioeconómico (NSE) similar de una escuela pública y una parroquial en el medio-oeste de EU. Quienes asistían a la escuela parroquial puntuaron más en depresión, disforia y hostilidad, pero menos en afecto y ánimo positivo (Lubin, Terre, & DeSouza, 1992). Años más tarde, Zhang y Zhang (1999) hallaron más problemas psicológicos (incluyendo depresión) en jóvenes de aulas privadas en China. Por su parte, Tomar et al. (2014) informaron un porcentaje mayor de casos con probabilidad de tener desorden de ansiedad o depresión en aulas privadas de India. Rao y Rajú (2012) reportaron promedios más altos de ansiedad/depresión en jóvenes de aulas privadas en dicho país. Al estudiar las trayectorias de los síntomas depresivos en jóvenes de nivel intermedio en China, quienes asistían a aulas privadas tendían a pertenecer al grupo de mayor riesgo (Wu, 2017). Así también, en jóvenes de alto rendimiento en China, quienes estudiaban en escuelas privadas tuvieron mayor promedio en depresión y estrés académico, ajustando por el NSE (Chen, 2018).

Cuatro estudios hechos en África han asociado la depresión con estar en aulas privadas. Entre menores de 5 a 19 años en Nigeria, quienes recibieron la educación religiosa "Almajaris" triplicaron su riesgo de cumplir con un trastorno depresivo respecto a quienes estudiaron en aula pública, aun ajustando por el efecto de variables socio-demográficas (Abubakar-Abdullateef, Adedokun, & Omigbodun, 2017). Otro estudio reveló promedios mayores de sintomatología

depresiva en jóvenes de aulas privadas. Esta variable, y estar en una clase de nivel académico alto, estuvo vinculada a mayor riesgo de depresión, aun ajustando por la edad y sexo de los/as jóvenes (Adeniyi, Okafor, & Adeniyi, 2011). Un tercer estudio en Nigeria reveló una puntuación mayor de depresión entre estudiantes en aula privada, aun ajustando por la educación parental, el tipo de familia, el sexo del alumno/a y otras variables (Ogunboyo, 2018). En Ghana se hallaron también promedios más altos de esta sintomatología en aulas privadas (Asare & Danquah, 2015).

De otra parte, estudios en España no hallaron relación entre depresión juvenil y tipo de aula (Díaz-Atienza, Prados-Cuesta & López-Galán, 2002; Martínez-Otero Pérez, 2007). Lo mismo ocurrió en otros hechos en India (Reddy, Kannekanti, & Hamza, 2015; Singh, Junnarkar, & Sharma, 2015; Victor & Karunakaran, 2018), Arabia Saudita (Al-Marri, & Al-Qahtani, 2017; Raheel, 2015), Irán (Riahi, Izadi-Mazidi, TashaKori, & Mansouri, 2017), Brasil (Fleitlich-Bilyk, & Goodman, 2004; Gouveia, Barbosa, de Almeida, & de Andrade Gaião, 1995; Jatobá & Bastos, 2007; Machado et al., 2018), Colombia (Pérez-Olmos, Téllez-Cruz, Vélez-Traslaviña, & Ibñez-Pinilla, 2012), Nigeria (Fakunmoju & Bammeke, 2015) y entre adolescentes latinos/as en EU (Maurizi, Ceballo, Epstein-Ngo, & Cortina, 2013). Si bien Watt (2003) no halló tales diferencias en adolescentes de EU en general, sí indicó que los varones con problemas familiares que asistían a aulas privadas religiosas reportaban más depresión que los de aulas públicas.

Como un NSE bajo se asocia a más depresión y las aulas públicas reciben más población de dicho NSE, los hallazgos de más síntomas depresivos en estas aulas en ocasiones reflejan el efecto del NSE de los/as estudiantes y no del tipo de aula a la que asisten. Por ejemplo, De la Peña-Olivera, Gómez-Castro, Heinzen-Martin y Palacios-Cruz (2014) hallaron más presencia de adversidad social y TDM en jóvenes de aulas

públicas en México, pero no ajustaron los análisis sobre el TDM por el nivel de adversidad social, el cual incluía dificultades económicas y correlacionaba con el TDM. Moad (2007) halló niveles de depresión más altos en jóvenes mexicanos/as de aula pública, pero no reportó si había diferencias en el NSE. Por su parte, Valera-Macedo (2003) no encontró diferencias por tipo de escuela en una muestra mexicana, pero aclaró que el NSE de las aulas en su estudio era similar. Gorenstein, Andrade, Zanoló y Artes (2005) hallaron más sintomatología depresiva y un mayor porcentaje de depresión en jóvenes de aula pública en Brasil, pero no ajustaron por NSE a pesar de notar que tales jóvenes eran de NSE más bajo. En estudios hechos en Irán se halló un porcentaje mayor de depresión en estudiantes de aulas públicas y en jóvenes de NSE bajo. Sin embargo, los análisis por tipo de aula no se ajustaron por NSE (Modabber-Nia, Shodjai-Tehrani, Moosavi, Jahanbakhsh-Asli, & Fallahi, 2007; Moeini, Bashirian, Soltanian, Ghaleiha, & Taheri, 2019). En Nigeria, Oderinde et al. (2018) hallaron una asociación entre estudiar en aula pública y una mayor prevalencia de depresión, pero ésta dejó de ser significativa al ajustar por NSE y otras variables. Finalmente, investigadores de Turquía encontraron mayor sintomatología depresiva en jóvenes de aulas públicas, pero advirtieron que lo que habían hallado eran realmente diferencias vinculadas al NSE (Sancakçlı & Sayar, 2012). Con o sin reconocimiento de sus autores/as, cosas similares a éstas ocurrieron en otros siete estudios hechos en México (Benjet, Hernández-Guzmán, Tercero-Quintanilla, Hernández-Roque, & Chartt-León, 1999), Dubai (Ali et al., 2014), Argentina (Pérez & Urquijo, 2001), India (Singh, Gupta, & Grover, 2017; Vashisht et al, 2014; Zare, Ramesh, & Kokiwar, 2018) e Irán (Jahangasht, Asiri, Pakseresht, & Kazemnejad, 2016). Interesantemente, en un estudio de publicación reciente realizado en 76 escuelas de EU ($N = 13,179$), Coley, Sims, Dearing y Spielvogel (2018) reportaron mayores niveles de ansiedad y depresión en jóvenes de ambos sexos que estudiaban en

escuelas cuya matrícula tenía un ingreso promedio menor.

Varios estudios han examinado las ideas o conductas suicidas por tipo de escuela. Entre jóvenes franceses/as con intentos suicidas, Pages, Arvers, Hassler y Choquet (2004) hallaron que las jóvenes de aulas privadas eran 65% más propensas a ser hospitalizadas por un intento, aun ajustando por otras variables. En Perú, estudiar en aula privada se asoció a un riesgo suicida 16% mayor, ajustando por el sexo de los/as jóvenes y la localización del aula (Sandoval-Ato, Vilela-Estrada, Mejia, & Caballero-Alvarado, 2018). Sin embargo, al comparar aulas públicas sólo con escuelas parroquiales del medio-oeste de EU, los/as estudiantes de las primeras puntuaron más alto en riesgo suicida (Greening & Dollinger, 1993). En esa línea, Watt (2003) señaló que los varones con problemas familiares, y las féminas con problemas con sus pares, que asistían a colegios laicos (no religiosos) propendían más a intentar suicidarse que sus contrapartes de aulas públicas. Según, Jatobá y Bastos (2007), estudiar en aulas privadas de Brasil se asoció con más intentos suicidas. No obstante, en un estudio hecho en México, los tipos de escuela no difirieron en la proporción de jóvenes que intentó suicidarse (Holguín, Rodríguez, Pérez, & Valdez, 2007). Moad (2007), por su parte, asoció estudiar en aulas públicas con más ideas suicidas, pero (como mencionáramos) no indicó si había o no diferencias por NSE entre los grupos que comparó.

Otros factores escolares se han asociado a la depresión juvenil. Según Tramonte y Willms (2012), un NSE más alto, la expectativa docente del éxito académico estudiantil, así como la calidad de las relaciones estudiante-docente, se asocian a menos síntomas depresivos en jóvenes de escuela superior. Además, mientras, por un lado, el apoyo de los pares en el aula se vincula a menos síntomas depresivos (Watt, 2003), no tener sentido de pertenencia a la escuela se asocia a problemas emocionales y de conducta (Georgiades, Boyle & Fife, 2013).

También se ha dicho que sentirse vinculado/a con la escuela y el nivel de apego con los padres explican un 53% de la varianza de la depresión juvenil (Shochet, Homel, Cockshaw, & Montgomery, 2008). Según estos autores, el vínculo con la escuela media parcialmente la influencia del apego con los padres en la depresión. Por su parte, Moscoso-Álvarez et al. (2016) identificaron tres variables del ambiente escolar asociadas a mayor propensión a tener síntomas del TDM en jóvenes de PR, aun ajustando por variables demográficas, del entorno familiar y escolar, a saber: que nunca o casi nunca los/as docentes 1) reconocieran a sus estudiantes por hacer un buen trabajo, 2) les felicitaran por su trabajo o 3) tuvieran una buena comunicación con los padres. Es incierto hasta qué punto una o más de estas variables ayude a explicar los hallazgos de los estudios en que se han encontrado diferencias en el nivel de depresión de jóvenes de aulas públicas vs. privadas.

En PR también se asocia la educación privada con una oferta académica más exigente, más competitividad y control escolar, y más interés parental en el rendimiento académico. Un apego pobre con la figura materna, así como la baja frecuencia con que los padres comunican a sus hijos/as que están orgullosos de ellos/as o comparten en familia, fueron variables familiares ligadas a los síntomas del TDM en jóvenes de PR, aun ajustando por otras variables (Moscoso-Álvarez et al., 2016). Es posible pensar que la competitividad de las aulas privadas, y el efecto que pudieran tener en el apego y las relaciones familiares las mayores presiones parentales sobre quienes estudian en estas aulas, pudiera asociarse a un mayor nivel de depresión. Por otro lado, se ha planteado que la presión por logros académicos y el distanciamiento paterno-filial asociado a dicha presión ayudan a explicar los problemas emocionales en jóvenes afluentes, quienes suelen estudiar en aulas privadas (Luthar & Latendresse, 2005; Sandoval-Ato et al., 2018). Los/as jóvenes afluentes no están exentos/as de experiencias estresantes que puedan incidir en la aparición de síntomas

depresivos o en un aumento en su severidad, aun si algunas de esas experiencias no están necesariamente vinculadas al hecho de estudiar en escuelas privadas.

Si bien creemos que lo emocional importa tanto como lo académico y que inciden lo uno sobre lo otro, sabemos poco sobre las diferencias en el aspecto emocional entre jóvenes de aulas públicas y privadas. En este estudio exploramos posibles diferencias en el nivel de depresión e indicadores asociados, de adolescentes en aulas públicas y privadas de la región de San Juan. Esperábamos encontrar en estudiantes de aulas privadas una propensión a la depresión igual o mayor a la observada entre estudiantes de escuelas públicas, ajustando por NSE.

MÉTODO

Participantes

Los datos reportados pertenecen a un estudio matriz hecho por el primer autor y la cuarta autora. Participaron 621 jóvenes (64.09% féminas) residentes de PR, de 12-18 años ($M = 15.07$; $DE = 1.56$), cuyo reclutamiento fue por disponibilidad tanto en escuelas públicas ($n = 332$) como privadas ($n = 289$) de nivel intermedio (7mo a 9no; $n = 326$) y superior (10mo a 12mo; $n = 295$) en la región de San Juan. El 89.53% (556) venía de municipios del área metropolitana y el 80.19% (498) residía en zonas urbanas. Vivían en hogares con tamaño promedio de 3.96 miembros ($DE = 1.21$; rango de 2 a 9). Debían leer y escribir en español y no mostrar problemas sensoriales, neurológicos u otros de tipo cognitivo o físico que pudieran impedir su participación.

En 601 hogares una mujer fue encargada principal para propósitos del estudio. El 79.07% (491) de las personas encargadas (y 92.27% de los/as jóvenes) eran de nacionalidad puertorriqueña y el resto mayormente de otra nacionalidad latina. Un 90.30% de las personas encargadas dijo que su familia era de NSE medio-alto (36.39%) o medio-bajo (54.91%). Su escolaridad promedio fue de 14.75 años ($DE = 2.98$) y

49.11% reportó un grado asociado o menos como nivel académico más alto. Un 59.74% de estas personas afirmó trabajar a tiempo completo y 12.72% a tiempo parcial. Su edad promedio fue de 42.90 años ($DE = 7.05$). Sólo 279 adolescentes (44.93%) vivían con ambos padres biológicos o de crianza, estuvieran casados (232) o conviviendo (47). Un 48.15% vivía en hogares en que los padres biológicos o de crianza estaban divorciados (172) o separados (127). Las personas encargadas fueron quienes completaron la Hoja de Datos Demográficos (HDD).

Instrumentos

Children's Depression Inventory (CDI). El CDI evalúa la sintomatología depresiva de las últimas 2 semanas (U2S) en menores de 7-17 años. Sus 27 ítems tienen tres niveles de severidad puntuados como 0, 1 y 2 (Kovacs, 2001). Utilizamos la versión en español distribuida por Multi-Health Systems, Inc., la cual tiene consistencia interna (alfa) adecuada. En el presente estudio su alfa fue de .86.

Inventario para la Evaluación del Espectro de la Sintomatología Depresiva (INEESD). Es una medida de autoinforme de la depresión en jóvenes de 12 años o más (Cumba-Avilés & Feliciano-López, 2013). Su primera parte provee puntuaciones totales para las U2S y los últimos 6 meses (U6M). Contiene 120 ítems en formato Likert con opciones de 0 (*Nunca o casi nunca*) a 3 (*Muy frecuentemente*). Cada opción tiene guías definidas según el número de días en que ella joven presenta los indicadores evaluados. El INEESD posee cuatro dominios: el Conductual, el Afectivo, el de Pensamientos y el Somático. Además, sus ítems cubren 10 dimensiones del espectro depresivo (ver Modelo de Subescalas Clínicas en la Tabla 2).

Su segunda parte evalúa la presencia de los síntomas del TDM alguna vez en la vida y la vez más reciente, sus criterios de exclusión e impedimento, la historia de tratamiento o diagnóstico de la depresión, la frecuencia de sus episodios, la edad de inicio y la edad más

reciente en que se presentaron los síntomas, la duración del primer episodio y el más reciente, entre otras cosas. También ausculta la ocurrencia de intentos suicidas alguna vez y otros detalles relacionados al intento (si aplica). Finalmente, esta parte posee dos preguntas sobre el grado de autoeficacia personal e interpersonal para lidiar con la depresión en las U2S y en los U6M, respectivamente.

La consistencia interna de las puntuaciones totales del INEESD es de .98, mostrando valores excelentes para sus subescalas (Feliciano-López & Cumba-Avilés, 2014). La validez concurrente de las escalas de síntomas del INEESD se ha evidenciado por su correlación con el CDI y su validez de constructo se ilustra por sus correlaciones negativas con la autoeficacia y positivas con el número de episodios depresivos reportados por los/as jóvenes (Cumba-Avilés & Feliciano-López, 2015; Feliciano-López & Cumba-Avilés, 2014). El nivel de confiabilidad o acuerdo diagnóstico entre dos evaluadores independientes a partir de la información provista en esta parte fue de 99.36% ($Kappa = .976, p \leq .001$), respecto a tener TDM alguna vez en la vida.

Formulario de Entrevista de Riesgo Suicida-Adolescentes (FERSA). Utilizamos el FERSA en la entrevista para evaluar peligrosidad suicida. Lo adaptamos a partir del Cuestionario para Evaluar Peligrosidad (Duarté-Vélez, 2007) y la Evaluación de Riesgo Suicida en Cuidadores diseñada en 2004 por Nazario y Cumba-Avilés. Para más detalles sobre el FERSA y el protocolo para evaluar la peligrosidad suicida, véase Cumba-Avilés y Feliciano-López (2013).

Procedimiento

Tras la aprobación de la junta revisora institucional (#0910-111), nos reunimos con el personal de las aulas elegibles para explicarles el estudio y facilitar su colaboración. Discutimos los criterios de exclusión y orientamos a los/as potenciales participantes. Les explicamos el

procedimiento del estudio y les dimos en un sobre la HDD, la Hoja de Consentimiento y dos hojas informativas. Cada estudiante entregó a su encargado/a el sobre con los documentos para que autorizara su participación y completara la HDD. Los/as jóvenes firmaban si asentían a participar y entregaban los documentos al personal escolar que nos los hacía llegar. En cada aula pautamos horarios específicos (p. ej., el de salón hogar) para orientar y para llenar los cuestionarios.

Como hicimos en el estudio piloto de validación del INEESD (Cumba-Avilés & Feliciano-López, 2013), evaluamos a mayor profundidad a quienes reportaron ideación suicida para determinar el nivel de peligrosidad. Quienes sólo presentaron síntomas de depresión o sintieron cierta incomodidad al llenar los cuestionarios, pero sin mostrar ideas suicidas, pudieron hablar con el personal del estudio o solicitar ayuda psicológica comunicándose a alguno de los números telefónicos incluidos en las hojas informativas provistas en los sobres entregados. Estos incluían diferentes lugares donde podían solicitar servicios. Cuando cualquier joven necesitó recibir un referido, se proveyó el mismo por escrito tras comunicarnos con su persona encargada.

Análisis de Datos

Dividimos la muestra entre estudiantes de aulas públicas (Grupo 1; $n = 332$) y privadas (Grupo 2; $n = 289$). Con la t de grupos independientes y el Chi-cuadrado, comparamos estos grupos en diversas variables demográficas continuas o categóricas. Para compararlos en sintomatología depresiva, utilizamos análisis de covarianza múltiples (MANCOVAs), examinando por separado el modelo de dominios y los subtemas clínicos del INEESD (U2S y U6M). De ser significativo el MANCOVA, hicimos análisis de covarianza (ANCOVAs) para cada dominio o subescala, según el caso. También usamos ANCOVAs para comparar los grupos en las puntuaciones totales del INEESD y del CDI, y en las

puntuaciones de autoeficacia para la depresión (AED), personal e interpersonal. Siendo análisis exploratorios, mantuvimos un nivel de significancia de $p \leq .05$ e hicimos los análisis sin ajustar por comparaciones múltiples (*Least Significant Differences*).

En la muestra total, utilizamos el Chi-cuadrado para examinar diferencias en el porcentaje de casos en cada grupo que cumplió con determinados criterios relacionados a la depresión o problemas emocionales y el *Odds Ratio* (OR) para examinar la oportunidad relativa de estos grupos de cumplir con tales criterios. Entre los criterios considerados estuvo obtener puntuaciones ≥ 13 en el CDI o reportar alguna de las siguientes en algún momento de su vida: haber cumplido al menos el criterio A para el TDM, haber tenido al menos un episodio depresivo de 5 síntomas o más, haber recibido un diagnóstico de salud mental, haber recibido tratamiento para la depresión, o haber cumplido los criterios del TDM. La submuestra de quienes cumplieron alguna vez al menos el criterio A del TDM ($n = 291$) también se dividió por aulas públicas ($n = 150$) y privadas ($n = 141$). En ella examinamos diferencias en el porcentaje de casos que cumplió con ciertos criterios en cada grupo y la razón de oportunidades de cumplir con los mismos. Éstos fueron haber tenido problemas (en general y en áreas específicas) relacionados a los síntomas depresivos, haber mostrado al menos tres áreas de impedimento y haber reportado al menos un episodio depresivo (sin importar el número de síntomas) motivado por eventos distintos a la muerte de un ser querido. Finalmente, examinamos la submuestra que afirmó que sus episodios depresivos fueron motivados por eventos estresantes ($n = 138$), para identificar si existía un tipo de evento más característico por tipo de escuela. La división de esta submuestra fue de 62 jóvenes de aulas públicas y 76 de privadas. Realizamos los análisis de OR tanto de forma univariada (sin ajustes) como ajustando por los efectos de otras variables. Utilizamos análisis de regresión logística múltiple para obtener los valores ajustados de OR.

RESULTADOS

Comparación de los Grupos en las Variables Demográficas

Al dividir la muestra total por tipo de escuela, los grupos generados difirieron en el NSE percibido, la proporción de cuidadores/as que tenía empleo, su edad y escolaridad, y el número de residentes del hogar. Éstas fueron covariables en los MANCOVAs y ANCOVAs. La Tabla 1 ilustra estas diferencias y las observadas en submuestras utilizadas en otros análisis. En la submuestra de quienes cumplieron alguna vez al menos el criterio A del TDM ($n = 291$) hubo diferencias en las últimas 4 variables mencionadas antes. Para la submuestra que afirmó que sus episodios depresivos fueron motivados por eventos estresantes ($n = 138$), usamos de covariables el NSE y la edad de las personas encargadas (las más cercanas a mostrar diferencias).

Hallazgos sobre Sintomatología Depresiva y Autoeficacia para la Depresión: Muestra Total

El MANCOVA para los dominios del INEESD-U2S fue significativo, $F(4, 611) = 2.47$, $p = .04$, $\eta^2_p = .02$. Los ANCOVAs individuales revelaron promedios más altos de sintomatología depresiva en aulas privadas (Grupo 2) en cada dominio ($\eta^2_p = .01$), así como en el total de las U2S (Tabla 2), comparados con las públicas (Grupo 1). Lo mismo ocurrió con el CDI-Total ($\eta^2_p = .01$). El análisis multivariado para las 10 subescalas de las U2S también fue significativo, $F(10, 605) = 2.43$, $p = .008$, $\eta^2_p = .04$. En los ANCOVAs vimos diferencias en 6 de 10 subescalas, aunque con valores de η^2_p de entre .01 y .02, siendo más alto el de Alteraciones Interpersonales. Al examinar la AED en las U2S, ajustamos los ANCOVAs por las mismas cinco variables de la comparación previa. Vimos diferencias en la AED total y en la autoeficacia personal ($\eta^2_p = .01$), con promedios más altos en aulas públicas, pero sin diferencias en la autoeficacia interpersonal.

El MANCOVA que agrupó los dominios del INEESD-U6M fue significativo, $F(4, 611) = 3.27, p = .012, \eta^2_p = .02$. Hubo promedios más altos en jóvenes de aulas privadas (Grupo 2) en cada dominio (con η^2_p de entre .01 y .02), así como en la Escala Total (Tabla 3). El MANCOVA para las 10 subescalas también fue significativo, $F(10, 605) = 2.52, p = .006, \eta^2_p = .04$. En los ANCOVAs hubo diferencias en 9 de 10 subescalas y valores η^2_p de .01 a .03, siendo mayores los de Alteraciones Cognitivas, Alteraciones del Estado de Ánimo y Alteraciones Interpersonales. La excepción fue la de Inclinación Suicida/Autodestructiva ($p = .09$). Al dividir los reactivos de ésta entre los de ideas de muerte vs. ideas/conducta suicida, los promedios de ideas de muerte en aulas privadas [Grupo 1, $M = 2.05 (DE = 3.87)$; Grupo 2, $M = 2.75 (DE = 4.10)$] fueron mayores, $F(1, 614) = 4.78, p = .029, \eta^2_p = .01$. En la AED de los U6M no hubo diferencias, sino una tendencia a que las aulas públicas tuvieran promedios más altos en autoeficacia personal.

Los análisis para comparar promedios en la sintomatología depresiva también se hicieron de modo alterno al descrito antes, ajustando sólo por NSE percibido, única covariable inicial que correlacionó con depresión (ver columna F_2 en la Tabla 2 y la Tabla 3). Además de conducir un análisis ajustando por el efecto de las cinco covariables de interés (mostradas en la Tabla 1) en la comparación de grupo basada en la muestra total, los análisis relacionados con la AED también se realizaron ajustando solamente por la edad y la escolaridad de las personas encargadas (ver columna F_2 en la Tabla 2 y la Tabla 3), únicas dos covariables en correlacionar con la AED. En ambos casos vimos hallazgos muy similares a los observados cuando usamos cinco covariables.

TABLA 1.
Comparaciones grupales en las variables socio-demográficas evaluadas.

Variable	Muestra Total (N = 621)		Con Criterio A del TDM (N = 291)		Con Evento Estresante (N = 138)	
	Pública (n = 332)	Privada (n = 289)	Pública (n = 150)	Privada (n = 141)	Pública (n = 62)	Privada (n = 76)
Sexo (Varón)	33.73% (112)	38.41% (111)	29.33% (44)	34.75% (49)	29.03% (18)	25.00% (19)
Nivel Intermedio	50.30% (167)	55.02% (159)	44.00% (66)	46.81% (66)	33.87% (21)	39.47% (30)
Zona Urbana	78.31% (260)	82.35% (238)	74.00% (111)	80.85% (114)	70.97% (44)	82.89% (63)
Zona Metro	90.06% (299)	88.93% (257)	90.00% (135)	86.52% (122)	85.48% (53)	89.47% (68)
NSE (MB/B)	69.28% (230)	56.75% (164)***	70.67% (106)	60.99% (86)+	67.74% (42)	52.63% (40)+
Ambos Padres	43.07% (143)	47.06% (136)	44.00% (66)	43.97% (62)	43.55% (27)	38.16% (29)
Tiene Empleo	65.06% (216)	80.97% (234)***	65.33% (98)	80.14% (113)**	72.58% (45)	80.26% (61)
Edad encargada/o	41.95 (6.81)	44.00 (7.17)***	42.05 (6.65)	44.09 (7.67)*	43.08 (6.23)	45.18 (7.97)+
ESC encargada/o	14.01 (3.20)	15.69 (2.44)***	14.37 (3.27)	15.39 (2.26)**	14.89 (3.51)	15.62 (2.30)
Edad adolescente	15.14 (1.50)	14.99 (1.62)	15.40 (1.60)	15.34 (1.59)	15.70 (1.46)	15.54 (1.49)
Personas en Hogar	4.08 (1.23)	3.81 (1.75)**	4.15 (1.28)	3.74 (1.20)**	4.10 (1.25)	3.80 (1.31)

Nota. Las primeras siete variables se compararon utilizando el chi-cuadrado y las próximas cuatro con la *t* de grupos independientes. "Eventos estresantes" excluye la consideración de casos donde los síntomas estuvieran asociados a un proceso de duelo. NSE = Nivel socio-económico familiar percibido; MB/B = Medio-bajo/Bajo; ESC = Escolaridad en años; TDM = Trastorno Depresivo Mayor. + $p \leq .10$; * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

TABLA 2.
Comparación de grupos por tipo de escuela en las puntuaciones de las últimas 2 semanas.

Variable	Grupo 1 (n = 332) M (DE)	Grupo 2 (n = 289) M (DE)	F ₁	F ₂
Children's Depression Inventory	7.82 (6.20)	8.72 (6.84)	4.13*	4.66*
INEESD-Total	56.68 (57.60)	66.35 (54.87)	6.00*	6.21*
<i>Modelo de Dominios</i>				
Conductual	11.41 (11.66)	13.04 (10.36)	4.10*	4.50*
Afectivo	16.79 (19.30)	19.59 (19.04)	4.76*	4.65*
Pensamientos	18.80 (20.72)	22.82 (20.13)	7.71**	8.12**
Somático	9.67 (8.28)	10.90 (8.59)	4.06*	4.20*
<i>Modelo de Subescalas Clínicas</i>				
Alteraciones de la Actividad	4.75 (4.65)	5.43 (4.27)	3.70+	4.70*
Alteraciones Cognitivas	7.20 (6.55)	8.36 (6.49)	4.68*	6.57**
Anhedonia	3.94 (4.81)	4.36 (5.01)	1.90	1.89
Alteraciones del Estado de Ánimo	7.37 (7.78)	8.75 (7.89)	6.27**	5.87*
Alteraciones Somáticas	9.67 (8.28)	10.90 (8.59)	4.06*	4.20*
Desesperanza/Pesimismo	3.26 (4.84)	4.08 (5.03)	5.56*	5.88*
Infravaloración/Autorreproche	5.28 (6.85)	6.40 (6.92)	5.88*	6.09*
Inclinación Suicida	2.46 (5.96)	2.54 (4.49)	.34	.20
Indefensión/Desamparo	2.95 (4.62)	3.24 (4.69)	1.58	1.43
Alteraciones Interpersonales	9.80 (10.14)	12.29 (9.89)	11.94***	11.52***
<i>Autoeficacia para la Depresión</i>				
Personal ^a	7.26 (3.21)	6.99 (3.21)	4.38*	4.98*
Interpersonal ^b	6.14 (3.78)	5.86 (3.69)	2.71+	2.84+
Total ^c	13.41 (5.97)	12.87 (5.76)	4.73*	5.17*

Nota. Dominio Somático y Alteraciones Somáticas son nombres para la misma variable, según el modelo de dominios o de subescalas. F₁ = Análisis de covarianza controlando por todas las variables en que hubo diferencias entre los grupos; F₂ = Análisis de covarianza controlando sólo por el nivel socioeconómico percibido en el caso de la depresión y controlando únicamente por edad y escolaridad del/de la encargada/o en el caso de la autoeficacia; Grupo 1 = Jóvenes que estudian en escuelas públicas; Grupo 2 = Jóvenes que estudian en escuelas privadas; INEESD = Inventario para la Evaluación del Espectro de la Sintomatología Depresiva. ^aGrupo 1, n = 324 y Grupo 2, n = 279; ^bGrupo 1, n = 323 y Grupo 2, n = 278; ^cGrupo 1, n = 323 y Grupo 2, n = 278. +p ≤ .10 *p ≤ .05; **p ≤ .01; ***p ≤ .001

TABLA 3.
Comparación de grupos por tipo de escuela en las puntuaciones de los últimos 6 meses.

Variable	Grupo 1 (n = 332) M (DE)	Grupo 2 (n = 289) M (DE)	F ₁	F ₂
INEESD-Total	53.41 (52.45)	68.01 (56.10)	11.14***	13.47***
<i>Modelo de Dominios</i>				
Conductual	10.87 (10.71)	13.32 (10.76)	7.59**	9.68**
Afectivo	16.21 (17.17)	20.87 (19.67)	10.35***	11.76***
Pensamientos	17.85 (19.12)	23.44 (20.66)	11.78***	15.18***
Somático	8.48 (7.88)	10.38 (8.21)	8.79**	9.74**
<i>Modelo de Subescalas Clínicas</i>				
Alteraciones de la Actividad	4.39 (4.34)	5.18 (4.21)	4.56*	6.62**
Alteraciones Cognitivas	6.23 (5.89)	8.09 (6.25)	11.61***	17.12***
Anhedonia	3.70 (4.12)	4.56 (5.04)	6.00*	6.60**
Alteraciones del Estado de Ánimo	7.02 (7.08)	8.97 (7.86)	11.56***	11.76***
Alteraciones Somáticas	8.48 (7.88)	10.38 (8.21)	8.79**	9.74**
Desesperanza/Pesimismo	3.24 (4.65)	4.11 (4.90)	4.86*	7.02**
Infravaloración/Autorreproche	5.15 (6.37)	6.66 (6.84)	8.21***	10.91***
Inclinación Suicida/Autodestructiva	2.77 (5.57)	3.53 (5.71)	2.93+	3.52+
Indefensión/Desamparo	2.90 (4.13)	3.83 (5.12)	6.91**	8.24**
Alteraciones Interpersonales	9.54 (9.24)	12.69 (10.26)	16.67***	18.69***
<i>Autoeficacia para la Depresión</i>				
Personal ^a	7.19 (3.04)	6.96 (3.04)	2.69+	3.21+
Interpersonal ^b	5.99 (3.70)	5.93 (3.63)	.48	.38
Total ^c	13.18 (5.75)	12.93 (5.57)	1.52	1.62

Nota. Dominio Somático y Alteraciones Somáticas son nombres para la misma variable, según el modelo de dominios o de subescalas. F₁ = Análisis de covarianza controlando por todas las variables en que hubo diferencias entre los grupos; F₂ = Análisis de covarianza controlando sólo por el nivel socioeconómico en el caso de la depresión y controlando únicamente por edad y escolaridad del/de la encargada/o en el caso de la autoeficacia; Grupo 1 = Jóvenes que estudian en escuelas públicas; Grupo 2 = Jóvenes que estudian en escuelas privadas; INEESD = Inventario para la Evaluación del Espectro de la Sintomatología Depresiva. ^aGrupo 1, n = 318 y Grupo 2, n = 277; ^bGrupo 1, n = 318 y Grupo 2, n = 275; ^cGrupo 1, n = 318 y Grupo 2, n = 275. +p ≤ .10; *p ≤ .05; **p ≤ .01; ***p ≤ .001

Análisis sobre Indicadores Adicionales Asociados a la Depresión

Muestra Total. Una proporción mayor de jóvenes de aulas privadas (16.87% vs. 23.18%) reportó puntuaciones ≥ 13 en el CDI, $\chi^2(1) = 3.88, p = .049, d = .16$. Lo mismo ocurrió con indicadores como: haber tenido en su vida al menos un episodio de 5 síntomas o más del TDM (21.08% vs. 28.72%), $\chi^2(1) = 4.85, p = .028, d = .18$; haber recibido un diagnóstico de desorden mental (8.13% vs. 13.49%), $\chi^2(1) = 4.68, p = .031, d = .17$; y haber recibido un tratamiento para la depresión alguna vez (9.64% vs. 19.03%), $\chi^2(1) = 11.32, p = .001, d = .27$. Al examinar las

oportunidades relativas (*Odds Ratio* [OR]) de haber cumplido con tales criterios, éstas fueron un 49%, 51% y 76% mayores en los/as jóvenes de escuela privada en los primeros tres casos (Tabla 4). El OR para haber recibido un tratamiento para la depresión fue más del doble para quienes estudiaban en aulas privadas que para sus contrapartes ($p = .001$). Utilizamos la información de la parte II del INEESD para identificar los casos que (según su informe) cumplirían los criterios del TDM en algún momento de sus vidas. Hallamos una proporción mayor de estos casos (12.95% vs 20.07%) en aulas privadas, $\chi^2(1) = 5.75, p = .017, d = .19$. Esto se asoció a oportunidades relativas de 1.77 ($p = .009$).

TABLA 4.

Valores crudos y ajustados de odds ratio para la asociación entre estudiar en escuela privada y ciertas variables dependientes.

Variable Dependiente	Análisis Sin Ajustes	Ajuste por Otras Variables Asociadas a la Dependiente	Ajuste por Variables en que los Tipos de Aula Difieren
	OR (IC 95%)	OR Ajustado (IC 95%)	OR Ajustado (IC 95%)
<i>Muestra Total (N = 621)</i>			
Children's Depression Inventory ≥ 13	1.487 (1.001 – 2.211)*	2.205 (1.308 – 3.716)**	1.653 (1.076 – 2.539)*
Historia de Episodios Depresivos	1.508 (1.045 – 2.176)*	1.651 (1.131 – 2.410)**	1.491 (1.011 – 2.199)*
Historia de Tratamiento para la Depresión	2.204 (1.380 – 3.519)***	1.804 (1.004 – 3.243)*	1.933 (1.186 – 3.153)**
Trastorno Depresivo Mayor Alguna Vez	1.771 (1.150 – 2.728)**	1.954 (1.253 – 3.047)**	1.765 (1.117 – 2.789)*
Diagnóstico Previo de Trastorno Mental	1.762 (1.049 – 2.959)*	2.071 (1.211 – 3.541)**	1.942 (1.109 – 3.402)*
<i>Muestra Con Criterio A del TDM Alguna Vez (N = 291)</i>			
Impedimento en el Hogar	1.885 (1.164 – 3.051)**	2.057 (1.253 – 3.374)**	1.854 (1.120 – 3.067)*
Tres Áreas de Impedimento o Más	1.920 (1.153 – 3.197)*	2.010 (1.191 – 3.393)**	1.847 (1.087 – 3.139)*
Problema de Apetito/Peso (1 ^{er} Episodio)	1.856 (1.160 – 2.971)**	1.932 (1.200 – 3.110)**	2.156 (1.307 – 3.556)**
Problema Autoestima/Culpa (1 ^{er} Episodio)	1.854 (1.161 – 2.962)**	1.727 (1.063 – 2.805)*	1.752 (1.072 – 2.863)*
<i>Muestra con Estresores Distintos a Duelo (N = 138)</i>			
Cambios de Vivienda	9.242 (1.149 – 73.344)*	8.733 (1.077 – 70.821)*	9.532 (1.167 – 77.858)*
Problemas Académicos†	.242 (.063 – .937)*	.241 (.060 – .973)*	.252 (.064 – .994)*
Problemas Relacionales	2.306 (1.128 – 4.712)*	2.298 (1.095 – 4.822)*	2.127 (1.029 – 4.396)*

Nota. Primer modelo ajustado incluye, en orden de fila de las variables: #1 (NSE medio-bajo/bajo, ser mujer, hogar monoparental, sin empleo); #2 y #4 (rural, ser mujer y mayor edad adolescente); #3 (tener empleo, hogar monoparental, menos miembros en hogar); #5 (sin empleo); #6 (mayor edad adolescente, NSE medio-bajo/bajo); #7 (mayor edad adolescente, hogar monoparental); #8 (ser mujer); #9 (ser mujer, mayor escolaridad y edad cuidador/a); #10 (NSE medio-bajo/bajo); #11 (vivir fuera del área metro y mayor edad); #12 (hogar monoparental). †Estar en escuelas públicas se asoció con un OR de 4.132 (1.067 – 15.998)*, 4.153 (1.027 – 16.791)* y 3.961 (1.006 – 15.594)*, por cada escenario arriba descrito, respectivamente. OR = Odds Ratio; * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

En la Tabla 4 se resumen los OR univariados y ajustados que examinan la relación de estar en aulas privadas con éstas y otras variables dependientes. Presentamos dos tipos de OR ajustados: ajustando por todas las variables demográficas asociadas a la variable dependiente bajo examen y ajustando por las mismas variables en que difirieron los grupos en la Tabla 1. Si bien tener una enfermedad física y la muerte de un ser querido se asocian a la depresión, no

hubo diferencias grupales en la proporción de jóvenes que reportó esto. Tampoco las hubo en los casos que usaron sustancias (con o sin receta) en el último año o que intentaron suicidarse alguna vez.

Sub-Muestra con Historia de Cumplir el Criterio A del TDM. De los/as 621 jóvenes, 291 dijeron haber tenido alguna vez al menos un estado de ánimo deprimido y/o anhedonia por 2 semanas o más, acompañado(s) o no

de otros síntomas. En esta submuestra no hubo diferencias por tipo de escuela [$\chi^2(1) = .87, p = .35$] en la proporción (73.33% vs. 78.01%) que indicó que sus síntomas le causaron problemas alguna vez en por lo menos un área (p. ej., hogar, escuela, vida social, aspecto emocional, deportes u otra área). Sin embargo, la proporción de quienes dijeron haber tenido problemas en el hogar vinculados a sus síntomas depresivos fue mayor (30.00% vs. 44.68%) entre quienes estudiaban en aulas privadas, $\chi^2(1) = 6.71, p = .01, d = .31$. Lo mismo ocurrió con quienes reportaron problemas en al menos tres áreas (23.33% vs. 36.89%), $\chi^2(1) = 6.36, p = .012, d = .30$. Las oportunidades relativas de haber cumplido estos criterios fueron un 88.5% ($p = .01$) y un 92% ($p = .012$) mayores en tales estudiantes, respectivamente. En un ANCOVA ajustando por las variables demográficas pertinentes, el número promedio de áreas [1.53 ($DE = 1.40$) vs. 1.91 ($DE = 1.54$)] en las que reportaron problemas los/as jóvenes del Grupo 2 fue mayor, $F(1, 285) = 3.91, p = .049, \eta^2_p = .01$. Los/as jóvenes de este grupo dijeron haber presentado un su primer episodio depresivo los síntomas de problemas de apetito o peso (35.33% vs. 50.35%; $\chi^2(1) = 6.71, p = .01, d = .31$) y problemas de autoestima o culpa (36.67% vs. 51.77%; $\chi^2(1) = 6.73, p = .009, d = .31$) en mayor proporción que sus contrapartes.

En la submuestra de 291 no hubo diferencias en la edad de inicio de los síntomas [$t(289) = .53, p = .21$], en la proporción de jóvenes que indicó tener al menos dos episodios depresivos de cinco síntomas o más (recurrencia) en toda su vida, $\chi^2(1) = 1.54, p = .21$, ni en el porcentaje de quienes dijeron haber tenido algún episodio de sintomatología depresiva que durara al menos un año (cronicidad), $\chi^2(1) = .22, p = .64$. No obstante, hallamos que un porcentaje mayor de jóvenes de aulas privadas (41.33% vs. 53.90%) en esta submuestra dijo que sus episodios depresivos fueron motivados por eventos estresantes distintos a la muerte de un ser querido, $\chi^2(1) = 4.60, p = .03, d = .25$.

Sub-muestra que Informó Eventos Estresantes como Detonantes de sus Síntomas. Al examinar categorías de eventos estresantes en el subgrupo que los reportó ($n = 138$), ambos grupos reportaron una proporción similar de eventos tales como *Divorcio o Separación de los Padres, Separación de su Propia Pareja, Otros Problemas con su Propia Pareja, Conflicto o Rechazo de Pares, Separación o Ausencia de Amigos/as, Problemas Familiares, Problemas Personales, Cambio de Escuela, Eventos Traumáticos, y Otros Cambios o Eventos*. No obstante, los/as estudiantes de aula privada ($n = 76$) en esta submuestra reportaron en mayor proporción (1.61% vs. 13.16%) eventos de *Cambio de Vivienda*, $\chi^2(1) = 6.20, p = .013, d = .43$. La oportunidad de haber reportado este evento específico fue más de nueve veces mayor entre los/as de aula privada ($p = .037$). Por su parte, los/as del Grupo 1 ($n = 62$) reportaron en mayor proporción (14.52% vs. 3.95%) los *Problemas Académicos* como detonantes de su depresión, $\chi^2(1) = 4.80, p = .028, d = .38$. La oportunidad de haber reportado este evento fue más de 4 veces mayor entre quienes estudiaban en escuela pública, $OR = .24, p = .04$. Al crear una categoría general denominada *Problemas Relacionales* (agrupando los eventos de las primeras cinco categorías mencionadas antes y los *Problemas Familiares* de tipo relacional vinculados de forma directa con el/la joven), notamos mayor proporción de los mismos (54.84 vs. 73.68%) entre quienes asistían a aulas privadas, $\chi^2(1) = 5.35, p = .021, d = .40$. El valor de OR sobre reportar un problema relacional como detonante de la depresión fue de 2.31 ($p = .022$). Tal asociación no se evidenció con la categoría general de *Problemas No Relacionales*. El nivel de acuerdo entre dos evaluadoras independientes y la clave de codificación de las categorías fue de 94.19% (*Cohen's Kappa* = .933, $p \leq .001$).

Todos los hallazgos significativos obtenidos a través de los OR univariados continuaron siéndolo, ya fuese al ajustar por

las variables sociodemográficas que correlacionaban con las variables dependientes o por aquellas en las que los grupos de interés diferían (ver últimas dos columnas de la Tabla 4). Esto fue así tanto en los análisis con la muestra total, la que cumplió el criterio A del TDM, o la que reportó síntomas depresivos a raíz de eventos distintos al duelo.

DISCUSIÓN

Nuestros hallazgos indicaron que, controlando el efecto de variables sociodemográficas, los/as jóvenes de aulas privadas presentaron mayor sintomatología depresiva en las U2S y los U6M. Los mismos evidencian que el patrón de diferencias en el INEESD abarca los renglones cognitivo, afectivo, conductual y somático, así como la mayoría de las subescalas del espectro depresivo, destacándose los problemas interpersonales (p. ej., hipersensibilidad social/susplicia, aislamiento/pasividad y hostilidad/resistencia), las alteraciones del estado de ánimo y las alteraciones cognitivas (p. ej., cansancio y desorientación mental, rumiación/preocupación, indecisión, dificultades para recordar y problemas para aceptar los cambios). Este último hallazgo resultó más significativo en los U6M. Puede que las alteraciones cognitivas, en especial la dificultad para aceptar cambios, se relacionen al hallazgo de una mayor proporción de jóvenes en el Grupo 2 que identificó como precipitante de su depresión el cambio de vivienda. También puede que las alteraciones interpersonales observadas en éstos/as se vinculen al mayor porcentaje de jóvenes de este grupo que identificó problemas relacionales como detonante de su depresión.

Resalta, además, que sólo en las U2S hubo diferencias en la AED total, más bien ligadas a la dimensión personal de autoeficacia, con promedios más altos para jóvenes de aulas públicas. Las mismas no se dieron en los U6M, por lo que no son suficientes para explicar las diferencias en la sintomatología depresiva. Más bien, la falta

de diferencias en la AED en los U6M podría sugerir que los grupos tenían destrezas de manejo similares (sobre todo interpersonales), o al menos que confiaban de modo similar en su capacidad para ponerlas en práctica.

Otro hallazgo relevante fue el que los/as jóvenes de aula pública, en la submuestra de 138 casos, identificaran en mayor proporción los problemas académicos como precipitantes de su depresión. De hecho, menos del 4% de los/as de aula privada en esa submuestra hizo lo propio, aunque más jóvenes de aula privada propendieron a deprimirse por eventos estresantes. Esto sugiere que estudiar en escuela privada pudiese ser un factor protector contra problemas académicos que impacten los síntomas depresivos. La mayor supervisión de sus padres en lo académico (en parte influida por la inversión económica) podría ayudar a que jóvenes de aulas privadas tengan menos problemas en tal área, incluso en PR (Disdier & Jara, 2015; Scheper, 2013). Sin embargo, es posible que el esfuerzo físico, mental y emocional que tales jóvenes deben invertir al manejar las mayores demandas académicas asociadas a dicho tipo de escuela sean factores que ayuden a explicar las diferencias observadas en síntomas depresivos. Pudiera ser que el estrés académico que enfrentan para mantener los mayores estándares de la educación privada, así como la tensión en la relación con sus padres por sus altas demandas de rendimiento, afecten negativamente su calidad de vida y que esto se haya reflejado en más depresión. Según Moksnes, Løhre, Lillefjell, Byrne y Hagan (2014), la satisfacción con la vida media parcialmente la relación entre el estrés por el rendimiento académico y los síntomas depresivos juveniles. Es concebible, pues, que (aun con notas adecuadas) más jóvenes de aulas privadas hayan tenido mayor estrés por la ejecución escolar o más expectativas perfeccionistas (Kitson & Hsu, 2014), que el esfuerzo que les requiere tal ejecución haya mermado su satisfacción vital y que ambos

elementos se alimentaran, propiciando más síntomas depresivos. De hecho, se ha encontrado que la presión por logros académicos unida al distanciamiento (físico y emocional) en la relación con los padres asociado a dicha presión, ayuda a explicar los problemas emocionales en jóvenes afluentes (Luthar & Latendresse, 2005; Sandoval-Ato et al., 2018). Tales jóvenes son más propensos/as a estudiar en aulas privadas. Si bien no puede verificarse con los datos recopilados, esta hipótesis concuerda con el porcentaje mayor de jóvenes de aulas privadas que reportó problemas en el hogar vinculados con su depresión en nuestra muestra.

Entre los factores influyentes en los problemas afectivos de la población escolar, García-Alonso (2009) identificó la competitividad, la sobrecarga académica, así como lo que llamó “un sistema de valores afectivamente deficitario” (p. 100) en el que se justifica la poca dedicación a los/as menores maximizando la formación académica y deportiva en lugar de la humana. Algo similar señaló Del Barrio (2007), cuando adujo que las sociedades basadas en la competitividad estimulan los sentimientos de soledad, en contraste con sociedades o ambientes donde (aunque haya menos recursos) se promueve la cohesión, la compañía y la solidaridad. Watt (2003), por su parte, propuso que el control escolar excesivo tiene un efecto contrario al deseado, propiciando en algunos/as más estrés y problemas emocionales por sentirse bajo escrutinio continuo, bajo mayor hostigamiento del personal escolar o bajo mayor acoso de sus pares. Puede que una o más de estas hipótesis sobre factores sociales y de la cultura escolar ayuden a explicar nuestros hallazgos en tanto incluyen elementos que han sido asociados con el tipo de educación privada.

Es preciso poner nuestros hallazgos en el contexto de la literatura sobre el tema. De los 10 estudios que hallaron un vínculo entre depresión y estudiar en aulas privadas, cuatro fueron en África, cinco en Asia y sólo uno en las Américas (EU). El nuestro es apenas el

segundo estudio hecho en las Américas, y el primero en población latina, que obtiene hallazgos en esa dirección. Los hallazgos de Watt (2003), cuyo estudio también fue en EU, sobre diferencias en depresión por tipo de aula aludieron a grupos específicos y no a la población general de aula privada. En otros ocho estudios hechos en países de Iberoamérica (como España, Colombia, México y Brasil) no encontraron diferencias por tipo de aula, como tampoco en tres en India, tres en países de medio oriente, uno entre latino/as de EU y otro estudio en Nigeria. Hay, pues, más estudios (16) que no hallaron diferencias por tipo de aula que los que han asociado la depresión con las aulas privadas. Por otro lado, la mayoría de los 15 estudios que asocian la depresión con las aulas públicas (cinco de ellos en países latinos) han fallado en ajustar por NSE o en especificar siquiera si hubo o no diferencias en tal variable, o bien no distinguieron entre NSE y el tipo de escuela, generando hallazgos que no pueden ser bien interpretados. En el único estudio que, tras hallar promedios mayores en aulas públicas, se ajustó por el NSE, las diferencias se esfumaron (Oderinde et al., 2018). Los hallazgos de nuestro estudio poseen la fortaleza de haber sido ajustados por NSE y/o las variables sociodemográficas pertinentes y haberse mantenido como significativos tras realizar dicho ajuste.

Por otra parte, de los estudios que examinaron diferencias en el comportamiento suicida por tipo de aula, cuatro encontraron una asociación con aulas privadas, dos con aulas públicas y uno no halló diferencias. De los dos que hallaron asociación entre tal comportamiento y las aulas públicas, uno la halló al compararlas sólo con colegios religiosos y el otro no reportó posibles diferencias en el NSE. Nuestro estudio reveló diferencias en la intensidad de las ideas de muerte en las U6M ajustando por el NSE y otras variables, pero no en los U2S, en la historia de intentos suicidas ni en el porcentaje de casos con ideas de muerte/suicidas en el primer episodio depresivo.

En general, es más común no hallar diferencias por tipo de aula en la depresión, pero cuando se encuentran, los estudios que asocian la depresión a estudiar en aulas privadas manejan mucho mejor las variables que podrían confundir la interpretación de los resultados que los que la han asociado a estudiar en aulas públicas. También puede decirse que en la literatura en general el comportamiento suicida parece estar un poco más asociado a estudiar en aulas privadas, especialmente las laicas. Sin embargo, es posible que otras variables previamente mencionadas (o incluso estresores particulares relacionados a vivir en familias afluentes) ayuden a explicar estas asociaciones, sobre las cuales es claro que no puede establecerse causalidad.

Este estudio tiene varias limitaciones. Primero, hubo múltiples variables no evaluadas en el estudio matriz que pudieron afectar los resultados. Algunas de ellas son la frecuencia de acoso escolar en los planteles, el grado en que los/as jóvenes sintieran un vínculo con su escuela, el nivel de atención positiva recibida de sus docentes, así como el apoyo brindado por los pares. En segundo lugar, no sabemos cuánto tiempo llevaba cada joven en su escuela, por lo que no se puede descartar que algunos/as presentaran depresión desde antes, cuando quizás asistían a otro tipo de aula. Tampoco puede descartarse la ocurrencia de sesgo por autoselección de modo que en las aulas privadas hayan participado en mayor proporción jóvenes que tenían la necesidad de recibir ayuda, mientras que en las públicas se hayan autoexcluido (p. ej., por temor a ser señalados/as como personas deprimidas o en necesidad de ayuda). Aunque en nuestra experiencia la autoexclusión en estudios en el escenario escolar es más común entre varones, en este estudio la distribución por sexo no fue diferente entre los grupos. Lo mismo aplicó al porcentaje de casos en que se necesitó evaluar el riesgo suicida, por lo que la autoexclusión por temor a ser referido/a para recibir ayuda debido a esto parece no haber variado por tipo de aula.

Al examinar indicadores asociados a la depresión considerando un periodo más largo (es decir, toda la vida), persistió el vínculo entre dichos indicadores y el estudiar en aula privada (p. ej., un mayor porcentaje de casos con historia de TDM, historia de tratamiento para la depresión, historia de problemas en el hogar atribuidos a la misma, más áreas de funcionamiento afectadas, etc.). En ese sentido, aunque con limitaciones, es difícil negar la consistencia de estos hallazgos, en especial si se toman en conjunto. También es justo señalar que, aunque el efecto del NSE se controló estadísticamente, el subgrupo con las puntuaciones más altas de sintomatología fue el de jóvenes de aulas privadas cuyas personas encargadas reportaron un NSE bajo/medio-bajo. Esto sugiere que, aún durante la crisis económica, ciertas familias cuyo NSE empeoró (quizás aumentado el riesgo de deprimirse) pudieron haber preferido mantener sus hijos/as en estas aulas, que algunas familias de NSE bajo/medio-bajo los/as movieron de aulas públicas a privadas (p. ej., por descontento con la calidad de la educación), que los/as jóvenes con más indicadores de depresión fueron enviados/as por sus padres a aulas privadas de más bajo costo, o más de una de éstas. Los/as jóvenes de aula privada con menor NSE pudieran sentirse más deprimidos/as por la dificultad para mantenerse a la par con las exigencias escolares y los logros de estudiantes de mayor NSE. También es posible que sus docentes tengan menos expectativas de que tales jóvenes obtengan logros, lo que podría generar el tipo de trato que Moscoso-Álvarez et al. (2016) vincularon con la depresión juvenil en PR. De otra parte, a pesar de la consistencia de nuestros hallazgos, debe notarse que el tamaño del efecto (TE) de las diferencias en síntomas depresivos por tipo de escuela fue relativamente pequeño (de equivalente aproximado a una d de Cohen entre .16 y .33). No sabemos en qué medida tal magnitud pueda ser clínicamente significativa. Otros indicadores evaluados con el Chi-cuadrado mostraron valores d entre .16 y .43. Los TE de los OR (en valores d) fueron

de .25 a .46 en análisis no ajustados y de .22 a .42 en los ajustados, al considerar las variables evaluadas para la muestra total y entre quienes tenían el Criterio A del TDM alguna vez. Los TE mayores se observaron en la comparación por eventos precipitantes, con valores d que fueron de .70 a 1.23 en análisis no ajustados y de .76 a 1.24 en los ajustados.

Ante estos hallazgos, recomendamos examinar el impacto diferencial que puedan tener los síntomas depresivos, por tipo de aula, en otras variables de funcionamiento (p. ej., salud física, satisfacción vital, conflicto familiar, relaciones paterno-filiales y de pares, conducta delictiva o pro-social, etc.). También parece importante evaluar las características y expectativas, tanto de las escuelas como de las personas encargadas, para identificar si las mismas están afectando (o no) de modo negativo el ámbito emocional en los/as estudiantes (Watt, 2003, Scheper, 2013). En investigaciones futuras podría estudiarse si las diferencias encontradas se reproducen al comparar escuelas de alta demanda académica, tanto públicas como privadas, con aquellas que no la tienen. De igual modo sugerimos evaluar la magnitud de la presión académica asociada al aula usando indicadores objetivos (p. ej., cantidad de cursos, duración de jornada, cantidad de exámenes o trabajos académicos y promedio mínimo aceptable), así como a través del impacto que los/as jóvenes perciban que ésta tiene en diversos aspectos de su bienestar. Así podrían examinarse y entenderse mejor los mecanismos que subyacen a nuestros hallazgos.

Financiamiento: El presente trabajo fue apoyado en parte por el Instituto Nacional de Diabetes, Enfermedades Digestivas y Renales (R03DK092547) a través de una subvención otorgada al primer autor y por fondos otorgados por la Oficina del Presidente de la Universidad de Puerto Rico. La responsabilidad por el contenido de este trabajo es sólo de sus autores/as y no

necesariamente representa la visión oficial de los Institutos Nacionales de Salud.

Conflicto de Interés: Los autores expresan que no hubo conflictos de intereses al redactar el manuscrito.

Aprobación de la Junta Institucional Para la Protección de Seres Humano en la Investigación: Junta Revisora Institucional.

Consentimiento o Asentimiento Informado: Se ofreció consentimiento informado a los participantes del estudio.

REFERENCIAS

- Abubakar-Abdullateef, A., Adedokun, B., & Omigbodun, O. (2017). A comparative study of the prevalence and correlates of psychiatric disorders in Almajiris and public primary school pupils in Zaria, Northwest Nigeria. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 11*(1), 29. doi: 10.1186/s13034-017-0166-3
- Adeniyi, A. F., Okafor, N. C., & 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*(1), 16. doi: 10.1186/1753-2000-5-16
- Ali, S., Al Faisal, W., Mahdy, N. H., Hussein, H., El Sawaf, E., & Wasfy, A. (2014). Determinants and prevalence of depressive symptoms in secondary school students in Dubai. *Middle East Journal of Psychiatry & Alzheimer, 5*(3), 11-18.
- Al-Marri, A., & Al-Qahtani, N. (2017). The prevalence of depression and associated factors among adolescent females in secondary schools in AlKhobar City, Eastern Province, Kingdom of Saudi Arabia. *International Journal of Scientific Research, 6*(9), 32-38.
- Asare, M., & Danquah, S. A. (2015). The relationship between physical activity, sedentary behaviour and mental health in Ghanaian adolescents. *Child and*

- Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9(1), 11. doi: 10.1186/s13034-015-0043-x
- Benjet, C., Hernández-Guzmán, L., Tercero-Quintanilla, G., Hernández-Roque, A., & Chartt-León, R. M. (1999). Validez y confiabilidad de la CES-D en peripúberes. *Revista Mexicana de Psicología*, 16(1), 175-185.
- Center for Disease Control and Prevention (2018). *High school Youth Risk Behavior Survey data: Puerto Rico 2017*. <https://nccd.cdc.gov/youthonline/App/Results.aspx?LID=PR>
- Center on Education Policy. (2007). *Are private high schools better academically than public high schools?* Washington, DC: Author.
- Chen, W. (2018). Academic stress, depression, and social support: A comparison of Chinese students in international baccalaureate programs and key schools. *Graduate Theses and Dissertations*. <https://scholarcommons.usf.edu/etd/7274>
- Coley, R. L., Sims, J., Dearing, E., & Spielvogel, B. (2018). Locating economic risks for adolescent mental and behavioral health: Poverty and affluence in families, neighborhoods, and schools. *Child Development*, 89(2), 360-369.
- Cumba-Avilés, E. & Feliciano-López, V. (2013). Estudio piloto de validación del Inventario para la Evaluación del Espectro de la Sintomatología Depresiva (INEESD). *Ciencias de la Conducta*, 28(1), 1-33.
- Cumba-Avilés, E. & Feliciano-López, V. (2015). Development and validation of an indigenous measure of depression for Puerto Rican adolescents. *American Psychological Association 2015 Convention Presentations and Abstracts Volume 8*; 2015, 904-905. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/e506802016-001>
- De la Peña-Olivera, F., Gómez-Castro, C., Heinze-Martin, G. & Palacios-Cruz, L. (2014). Adversidad social y trastornos psiquiátricos: Estudio comparativo entre estudiantes de secundarias públicas y privadas. *Salud Mental*, 37(6), 483-489.
- Del Barrio, V. (2007). *Depresión infantil: Causas, evaluación y tratamiento*. Barcelona: Ariel.
- Díaz-Atienza, F., Prados-Cuesta, M., & López-Galán S. (2002). Relación entre rendimiento académico, síntomas depresivos, edad y género en una población de adolescentes. *Psiquiatría.com*, 6(2). Disponible en <http://psiqu.com/2-3700>
- Disdier, O. M. (2015). *Anuario Estadístico del Sistema Educativo: 2012-2013*. Instituto de Estadísticas de Puerto Rico. Disponible en <http://www.estadisticas.gobierno.pr>
- Disdier, O. M., & Jara, A. G. (2017). *Anuario Estadístico del Sistema Educativo: 2014-2015*. Instituto de Estadísticas de Puerto Rico. Disponible en https://estadisticas.pr/files/Publicaciones/Anuario_Estadistico_Educativo_2014-2015.pdf
- Duarté-Vélez, Y. (2007). *Modelo socio-cognitivo de vulnerabilidad a la ideación suicida en una muestra de adolescentes puertorriqueños/as* (Disertación doctoral sin publicar). Universidad de Puerto Rico, Río Piedras.
- Fakunmoju, S. B., & Bammeke, F. O. (2015). Anxiety disorders and depression among high school adolescents and youths in Nigeria: Understanding differential effects of physical abuse at home and school. *Journal of Adolescence*, 42, 1-10.
- Feliciano-López, V., & Cumba-Avilés, E. (2014). Propiedades psicométricas del Inventario para la Evaluación del Espectro de la Sintomatología Depresiva en adolescentes. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 25(2), 260-278.
- Fleitlich-Bilyk, B., & Goodman, R. (2004). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. *Journal of the American Academy of*

- Child and Adolescent Psychiatry*, 43(6), 727-734. doi: 10.1097/01.chi.0000120021.14101.ca
- García-Alonso, A. (2009). La depresión en adolescentes. *Revista de Estudios de Juventud*, 84, 85-104.
- Georgiades, K., Boyle, M. H. & Fife, K. A. (2013). Emotional and behavioral problems among adolescent students: The role of immigrant, racial/ethnic congruence and belongingness in schools. *Journal of Youth and Adolescence*, 42, 1473-1492.
- Gorenstein, C., Andrade, L., Zanolo, E., & Artes, R. (2005). Expression of depressive symptoms in a nonclinical Brazilian adolescent sample. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(3), 129-136. doi: 10.1177/070674370505000301
- Goss, P., & Sonnemann, J. (2018). *Measuring student progress: A state-by-state report card*. Grattan Institute. Recuperado de <https://grattan.edu.au/report/measuring-student-progress/>
- Gouveia, V. V., Barbosa, G. A., de Almeida, H. J. F., & de Andrade Gaião, A. (1995). Inventário de depressão infantil - CDI: estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44(7), 345-349.
- Greening, L., & Dollinger, S. J. (1993). Rural adolescents' perceived personal risks for suicide. *Journal of Youth and Adolescence*, 22(2), 211-217. doi: 10.1007/bf01536654
- Hinojosa, J., Meléndez, E., & Severino-Pietri, K. (2019). *Population decline and school closure in Puerto Rico*. New York: Center for Puerto Rican Studies (RB2019-01). <https://centropr.hunter.cuny.edu/research/data-center/research-briefs/population-decline-and-school-closure-puerto-rico>
- Holguín, J. A. M., Rodríguez, M. J. C., Pérez, R. R., & Valdez, E. A. (2007). Intentos de suicidio en adolescentes de educación media superior y su relación con la familia. *Psicología y Salud*, 17(1), 45-51.
- Jahangasht, K. H., Asiri, S. H., Pakseresht, S., & Kazemnejad, L. E. (2016). Prevalence of depression symptoms and its related factors in school students. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery*, 25(81), 8-15.
- Jatobá, J. D. V. N., & Bastos, O. (2007). Depressão e ansiedade em adolescentes de escolas públicas e privadas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(3), 171-179.
- Kelly, J. P., & Scafidi, B. (2013). *More than scores: An analysis of why and how parents choose private schools*. Indianapolis, IN: The Friedman Foundation for Educational Choice. Disponible en <https://isminc.com/pdf/research-free/parents/4199>
- Kitson, M. A., & Hsu, M. H. (2014, August). *Perfectionism, anxiety, and depression in teenage girls from affluent families*. Paper presented at the 122nd American Psychological Association Annual Convention.
- Kovacs, M. (2001). *Children's Depression Inventory (CDI): Technical manual*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.
- Lubin, B., Terre, L., & DeSouza, E. (1992). Comparison of public and parochial school patterns of student affect. *Adolescence*, 27(106), 413-416.
- Luthar, S. S., & Latendresse, S. J. (2005). Children of the affluent: Challenges to well-being. *Current Directions in Psychological Science*, 14(1), 49-53. doi: 10.1111/j.0963-7214.2005.00333.x
- Machado, M. d. R., Bruck, I., Antoniuk, S. A., Cat, M. N. L., Soares, M. C., & Silva, A. F. d. (2018). Internet addiction and its correlation with behavioral problems and functional impairments: A cross-sectional study. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 67, 34-38.
- Martínez-Otero Pérez, V. (2007). Sintomatología depresiva en adolescentes: Estudio de una muestra de escolares de la zona sur de Madrid capital. *Revista Científica Electrónica de Psicología*, 3, 224-237. <https://www.yumpu.com/es/document/view/14535601>

- Maurizi, L. K., Ceballo, R., Epstein-Ngo, Q., & Cortina, K. S. (2013). Does neighborhood belonging matter? Examining school and neighborhood belonging as protective factors for Latino adolescents. *American Journal of Orthopsychiatry*, 83(2-3), 323-334. doi: 10.1111/ajop.12017
- Moad, C. (2007). Depresión en adolescentes de escuelas públicas y privadas. *Psicología Iberoamericana*, 15(1), 6-12. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133915928002>
- Modabber-Nia, M. J., Shodjai-Tehrani, H., Moosavi, S. R., Jahanbakhsh-Asli, N., & Fallahi, M. (2007). The prevalence of depression among high school and pre-university adolescents: Rasht, northern Iran. *Archives of Iranian Medicine*, 10(2), 141-146. doi: 07102/AIM.003
- Moeini, B., Bashirian, S., Soltanian, A. R., Ghaleiha, A., & Taheri, M. (2019). Prevalence of depression and its associated sociodemographic factors among Iranian female adolescents in secondary schools. *BMC Psychology*, 7(1), 25. doi: 10.1186/s40359-019-0298-8
- Moksnes, U. K., Løhre, A., Lillefjell, M., Byrne, D. G., & Haugan, G. (2014). The association between school stress, life satisfaction and depressive symptoms in adolescents: Life satisfaction as a potential mediator. *Social Indicators Research*, 1-19 (Advance online publication) doi:10.1007/s11205-014-0842-0
- Moscoso-Álvarez, M. R., Rodríguez-Figueroa, L., Reyes-Pulliza, J. C., & Colón, H. M. (2016). Adolescentes de Puerto Rico: Una mirada a su salud mental y su asociación con el entorno familiar y escolar. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 27(2), 320-332.
- Ogunboyo, O. F. (2018). Modeling correlates of depression among in-school adolescents using multilevel models. *International Journal of Scientific and Research Publications (IJSRP)*, 8(6), 186-193. doi: 10.29322/IJSRP.8.6.2018.p7826
- Pages, F., Arvers, P., Hassler, C., & Choquet, M. (2004). What are the characteristics of adolescent hospitalized suicide attempters? *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13(3), 151-158. doi: 10.1007/s00787-004-0375-1
- Pérez, M. V., & Urquijo, S. (2001). Depresión en adolescentes. Relaciones con el desempeño académico. *Psicología Escolar e Educativa*, 5, 49-58.
- Pérez-Olmos, I., Téllez-Cruz, D. L., Vélez-Traslaviña, A. L., & Ibñez-Pinilla, M. (2012). Caracterización de factores asociados con comportamiento suicida en adolescentes estudiantes de octavo grado, en tres colegios bogotanos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 41, 26-47.
- Pianta, R. C., & Ansari, A. (2018). Does attendance in private schools predict student outcomes at age 15? Evidence from a longitudinal study. *Educational Researcher*, 47(7), 419-434. doi: 10.3102/0013189x18785632
- Raheel, H. (2015). Depression and associated factors among adolescent females in Riyadh, Kingdom of Saudi Arabia, A cross-sectional study. *International Journal of Preventive Medicine*, 6(90), 62-68.
- Rao, K. T. R., & Raju, M. V. R. (2012). Early adolescents: Emotional and behavioural problems. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 38(1), 34-39.
- Reddy, S., Kanekanti, P., & Hamza, A. (2015). A comparative study on self-esteem and stress among private and government high school students. *International Journal of Research and Scientific Innovation (IJRSI)*, 2(3), 18-22.
- Riahi, F., Izadi-Mazidi, M., TashaKori, A., & Mansouri, L. (2017). Prevalence of depression among high school girls in Kuhdasht, Iran. *Jundishapur Scientific Medical Journal*, 16(4), 433-442. doi: 10.22118 / JSMJ.2017.51106
- Sancakçlı, S., & Sayar, M. K. (2012). Relation between socioeconomic status and

- depression, anxiety, and self-esteem in early adolescents. *Yeni Symposium: psikiyatri, nöroloji ve davranış bilimleri dergisi*, 50(4), 207-220.
- Sandoval Ato, R., Vilela Estrada, M. A., Mejia, C. R., & Caballero Alvarado, J. (2018). [Suicide risk associated with bullying and depression in high school]. *Revista Chilena de Pediatría*, 89(2), 208-215. doi: 10.4067/s0370-41062018000200208
- Scheper, E. (2013). Comparing public and private schools. *Honors College Capstone Experience/Thesis Projects*. Paper 437. http://digitalcommons.wku.edu/stu_hon_theses/437
- Shochet, I. M., Homel, S., Cockshaw, W. D., & Montgomery, D. T. (2008). How do school connectedness and attachment to parents interrelate in predicting adolescent depressive symptoms? *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(3), 676-681.
- Singh, M. M., Gupta, M., & Grover, S. (2017). Prevalence & factors associated with depression among school-going adolescents in Chandigarh, north India. *Indian Journal of Medicine Research*, 146(2), 205-215.
- Singh, K., Junnarkar, M., & Sharma, S. (2015). Anxiety, stress, depression, and psychosocial functioning of Indian adolescents. *Indian Journal of Psychiatry*, 57(4), 367-374.
- Tomar, S., Verma, G., David, A., Thakur, M., Judith Ogorchukwu, M., Parmar, P. (2014). Study on stress and coping strategies among private and government high school children. *Science*, 3(2), 27-30. doi: 10.9790/1959-03242730
- Tramonte, L., & Willms, J. (2012). Anxiety and emotional discomfort in the school environment: The interplay of school processes, learning strategies, and children's mental health. In J. Maddock (Ed.), *Public Health - Social and Behavioral Health* (pp. 461-476): IntechOpen.
- Vashisht, A., Gadi, N. A., Singh, J., Mukherjee, M. P., Pathak, R., & Mishra, P. (2014). Prevalence of depression and assessment of risk factors among school going adolescents. *Indian Journal of Community Health*, 26(2), 196-199.
- Victor, L. M., & Karunakaran, U. (2018). Depression and associated factors among students studying in higher secondary schools in North Kerala. *Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences*, 7(35), 3894-3899. doi: 10.14260/jemds/2018/871
- Watt, T. T. (2003). Are small schools and private schools better for adolescents' emotional adjustment? *Sociology of Education*, 76(4), 344-367.
- Wu, P.-C. (2017). The developmental trajectories of depressive symptoms in early adolescence: An examination of school-related factors. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 35(8), 755-767. doi: 10.1177/0734282916660415
- Zare, V. R., Ramesh, B., & Kokiwar, P. (2018). Assessment of "depression, anxiety and stress" among students of schools at RHTC area catered by private medical college in South India. *International Journal of Community Medicine and Public Health*, 5(7), 3116-3120.
- Zhang, J., & Zhang, X. (1999). [A comparative study of the mental health status between private and public middle-school students.]. *Chinese Mental Health Journal*, 13(4), 237-237.