

# Estudio longitudinal del efecto de primacía entre depresión y agresión física y verbal en una muestra infanto-adolescente

Rodolfo Gordillo<sup>1</sup>, Victoria del Barrio<sup>2</sup>, & Miguel Ángel Carrasco<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidad a Distancia de Madrid, España

<sup>2</sup>Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)

## Resumen

La comorbilidad entre la depresión y la agresión física y verbal es un fenómeno capaz de alterar la intensidad de la expresión de su sintomatología y anular cualquier tratamiento típico. A pesar de este hecho, pocos estudios longitudinales se han realizado para probar el efecto de primacía y la magnitud de la intensidad fruto del efecto comórbido. El objetivo de este estudio es analizar longitudinalmente en una muestra infanto-juvenil española, si es la depresión la que predice la agresión física o verbal y viceversa, así como el grado de magnitud que supone dicha predicción. Para ello, se hizo un seguimiento durante 3 años a una muestra de 525 niños entre 10 y 13 años (58.9% chicas), quienes completaron el Cuestionario de Depresión Infantil, versión reducida, y el Cuestionario de Agresión Física y Verbal. Los resultados longitudinales indicaron un efecto de primacía de la depresión a los 10.86 años sobre la agresión verbal a los 11.86 y 12.86 años. Además, se halló que transversalmente a los 11.86 años la agresión (física y verbal) predecía la aparición de depresión, mientras que a los 12.86 años los factores de riesgo compartidos (e.g., pertenecer a una familia monoparental y tener un estado socioeconómico bajo) predecían junto a la agresión verbal la aparición de la depresión. Los presentes resultados sugieren la necesidad de considerar el curso longitudinal de la depresión en su deriva a las manifestaciones agresivas para mejorar el tratamiento de la depresión, y la agresión física y verbal en comorbilidad.

*Palabras clave:* depresión; agresión física; agresión verbal; comorbilidad; infancia; adolescencia.

## Abstract

*Longitudinal study of the primacy effect between depression and physical and verbal aggression in a child and adolescent sample.* The comorbidity between depression and physical and verbal aggression is a phenomenon capable of altering the intensity of the expression of its symptomatology and, thus, canceling out any typical treatment. Despite this fact, few longitudinal studies have been developed to test the effect of primacy and the magnitude of intensity resulting from the comorbid effect. Therefore, the objective of this study is to analyze longitudinally in a Spanish child-juvenile sample, whether it is depression that predicts physical or verbal aggression and vice versa, as well as the degree of magnitude between such disorders. For this purpose, a sample of 525 children between 10 and 13 years old (58.9% girls) was followed up for 3 years. Participants completed the Children's Depression Questionnaire (Short version) and the Physical and Verbal Aggression Questionnaire. The longitudinal results indicated a predominance effect of depression at 10.86 years on verbal aggression at 11.86 and 12.86 year. Moreover, cross-sectional data indicated at 11.86 years, aggression (physical and verbal) predicted the onset of depression, while at 12.86 years old an effect of shared risk factor (e.g., belonging to a single parent family and having a low socioeconomic status) and verbal aggression predicted depression. These results suggest the need to consider the longitudinal course of depression and aggression to improve the diagnosis and treatment of depression and physical and verbal aggression in comorbidity.

*Keywords:* depression; verbal aggression; physical aggression; comorbidity; child; adolescence.

Desde que Edelbrock y Achenbach (1980) identificaran empíricamente a un grupo de niños caracterizados por mostrar síntomas depresivos, retraimiento social y agresión, el fenómeno de la comorbilidad entre la depresión y la agresión es en la actualidad un hecho totalmente contrastado (Blain-Arcaro & Vaillancourt, 2016; del

Barrio, Moreno, & López, 2001; Garber, Quiggle, Panak, & Dodge, 1991; Knox, King, Hanna, Logan, & Ghaziuddin, 2000; Messer & Gross, 1994; Quiggle, Garber, Panak, & Dodge, 1992; Weiss & Catron, 1994). Sin embargo, a pesar del significativo aumento de su estudio, aún no se ha encontrado una explicación satisfactoria sobre tal

## Correspondencia:

Rodolfo Gordillo.

Departamento de Psicología y Criminología. Universidad a Distancia de Madrid (UDIMA).

Carretera de La Coruña, KM.38, 500, Vía de Servicio, nº 15, C. P. 28400, Collado Villalba, Madrid, España.

E.mail: rodolfo.gordillo@udima.es

comorbilidad la cual sigue planteando más interrogantes que respuestas (Benarous, Guedj, Braitman, Gallois, & Lana, 2014; Llorca, Malonda, & Samper, 2017).

A este respecto, la falta de estudios es todavía más preocupante, ya que la depresión y la agresión infanto-adolescente se encuentran entre los trastornos que más atención clínica demandan (Ezpeleta & Penelo, 2015; NICE, 2017; Tremblay et al., 2005). Igualmente relevante son los datos sobre la prevalencia de la comorbilidad entre estas alteraciones. Se estima que la comorbilidad entre depresión y agresión en jóvenes oscila entre un 8 y un 11% (Quiggle, et al., 1992; Rudolph & Clark, 2001) y puede elevarse hasta un 24% (Knox et al., 2000) en población clínica. Además, no se trata de un fenómeno estacionario, ya que diversos estudios han indicado que permanece longitudinalmente desde las últimas etapas de la infancia (Blain-Arcaro & Vaillancourt, 2016; Gordillo, del Barrio, & Carrasco, 2012; Poirier et al., 2016). Todo ello indica la necesidad de estudiar el fenómeno de la comorbilidad entre depresión y agresión, cuya principal característica es el efecto sinérgico que se produce entre los trastornos, alterando clínica y significativamente la intensidad de su expresión (Clark & Watson, 1991; Gordillo et al., 2012; Rudolph & Clark, 2001).

Más allá de las indudables consecuencias derivadas de las acciones físicamente violentas que la comorbilidad entre depresión y agresión física tienen, sorprende que ningún estudio haya medido longitudinalmente la relación comórbida de la agresión verbal con la depresión. En este sentido, es importante conocer el efecto comórbido entre depresión y agresión verbal, ya que este tipo de agresión es el más común entre la población general (James, Bohnke, Young, & Lewis, 2015; Lim & Ang, 2009; Smits, De Boeck, & Vansteelandt, 2004; Toldos, 2005) y el que más se manifiesta en situaciones de violencia escolar (Defensor del Pueblo, 2007; Oñate & Piñuel, 2006). Además, su nivel de expresión es similar entre sexos tanto en la infancia (Tapper & Boulton, 2004), como en la adolescencia (Björkqvist, 2018; Salmivalli & Kaukiainen, 2004), e incluso es un síntoma central de alguno de los trastornos psiquiátricos, tal y como el trastorno explosivo intermitente (American Psychiatry Association, 2013; Look, McCloskey, & Coccaro, 2015).

Por tanto, ahondar en las relaciones longitudinales de la comorbilidad entre depresión y agresión tanto física como verbal es fundamental para mejorar, no sólo su comprensión sino también para elaborar diagnósticos más fiables (Higa-McMillan, Smith, Chorpita, & Hayashi, 2008; Lilienfeld, 2003; Seeley, 2002) y tratamientos más eficaces (Angold, Costello, & Erkanli, 1999; Ezpeleta, Granero, & Domenech, 2005; Subbarao et al., 2008). Con ello, lograremos aumentar el conocimiento del curso y pronóstico asociado a la relación entre depresión y agresión entre niños y adolescentes en el que la presencia de la comorbilidad es más la norma que la excepción (Angold et al., 1999; Evans & Frank, 2004; Hammen & Compas, 1994; Kessler et al., 1994; Krueger & Markon, 2006; Rhee, Lahey, & Waldman, 2015; Wichstrøm et al., 2012)

El presente estudio longitudinal analizará en una amplia muestra de niños y adolescentes españoles el grado de afectación y magnitud de la comorbilidad entre depresión y agresión física y verbal en función del orden de aparición. Esto permitirá incrementar mediante datos longitudinales, la información sobre el denominado efecto de primacía (Lilienfeld, 2003) o comorbilidad patogénica (Feinstein, 1970). En este sentido, hasta la fecha, los estudios sobre el efecto de primacía ofrecen resultados dispares: unos estudios indican que la depresión precede a la agresión (Barnes, Howell, Thurston, & Cohen, 2017; Berkowitz, 1983; Beyers & Loeber, 2003; Kovacs, Paulauskas, Gatsonis, & Richards, 1988), mientras otros indican que es la agresión

la que antecede a la depresión (Blain-Arcaro & Vaillancourt, 2016; Capaldi, 1992; Messer & Gross, 1994; Morrow, Hubbard, Rubin, & McAuliffe, 2008). Más particularmente, este estudio examina el efecto de primacía a través del modelo de covariación propuesto por Wolff y Ollendick (2006). Estos autores plantean dos importantes vías para tratar de explicar la comorbilidad: 1) tanto el nivel actual como el nivel preexistente de cualquiera de los trastornos comórbidos afectan al nivel de comorbilidad manifiesto; y 2) los factores de riesgo compartidos por ambos trastornos inciden de manera significativa para la expresión comórbida. Por tanto, se hipotetiza, por una parte, que no habrá un efecto de primacía de la depresión sobre la agresión (física o verbal) ni viceversa; y por otra, que el efecto de los factores de riesgo compartidos tendrá la misma influencia sobre la magnitud de la expresión de los trastornos analizados.

## Método

### Participantes

La muestra se compuso por aquellos sujetos que completaron los tres momentos temporales de medida con un año de intervalo cada uno. En total, 525 sujetos de la Comunidad de Madrid, con un rango de edad entre los 9 y los 15 años (58.9% mujeres). La edad media en cada uno de los periodos fue de 10.86 años para Tiempo T1; 11.86 para T2; y 12.86 para T3, con una desviación típica de 1.54 años en cada uno de los momentos de evaluación. El nivel socioeconómico mayoritario de las familias, estimado mediante el Índice de Hollingshead (2011), fue de nivel medio. La mayor parte de las familias poseía una estructura biparental.

### Instrumentos

Para medir la depresión se utilizó el *Inventario de Depresión Infantil*, versión abreviada (CDI-S; Kovacs, 1992). Adaptación española por del Barrio, Roa, Olmedo y Colodrón (2002). Su aplicación es individual o colectiva y está diseñada para sujetos de entre 7 y 17 años. Los ítems representan tres niveles de intensidad depresiva sobre el estado emocional experimentado en las dos últimas semanas en *autoestima* (e.g., "Nadie me quiere"), *anhedonia* (e.g., "estoy triste siempre") y *desesperanza* (e.g., "nunca me saldrá nada bien"). Entre las características psicométricas de la prueba, la consistencia interna (alfa de Cronbach) oscila entre .71 en población española (del Barrio et al., 2002) y .79 en población americana (Kovacs, 1992).

La agresión física y verbal se evaluó a través del *Cuestionario de Agresión Física y Verbal* (AFV; Caprara & Pastorelli, 1993), adaptación española por del Barrio et al. (2001). Su aplicación es individual o colectiva y está diseñada para sujetos de entre 7 y 17 años. Esta escala consta de 20 ítems que recogen distintas conductas agresivas tanto físicas (e.g., "pego patadas y puñetazos") como verbales (e.g., "digo tacos" o "amenazo a los otros"). El formato de respuesta es tipo Likert con tres alternativas (a menudo, algunas veces o nunca). La consistencia interna (alfa de Cronbach) oscila entre .73 y .86 (Caprara & Pastorelli, 1993; del Barrio et al., 2001).

### Procedimiento

La selección de la muestra se realizó mediante muestreo probabilístico aleatorio. Se tomaron como parámetros poblacionales la edad y el sexo. Para este estudio nos centramos en el conjunto de los colegios públicos y concertados facilitados por la Delegación de Educación

de la Comunidad de Madrid. Tras contactar telefónicamente con el director del centro y comentarle la propuesta acerca de la recogida de datos, se les envió por correo postal un resumen de los objetivos del estudio y se solicitó formalmente la participación en la investigación y la autorización de la misma. Si la respuesta era afirmativa, se seleccionaba el colegio para la recogida de datos. Este mismo procedimiento se llevó a cabo en 15 colegios, de los que, finalmente, sólo 10 accedieron a participar en el estudio.

Una vez autorizados por los Centros, los directores y / o jefes de estudio nos ponían en contacto con los profesores tutores de referencia en cada aula, con los que se planificaba la recogida de datos y se obtenía la información previa sobre las características de los alumnos. En los centros que contaban con Departamentos de Orientación, se contó con la figura del psicopedagogo, quien colaboraba junto al tutor en dicha planificación. A través del tutor del aula se solicitaba la autorización a los padres mediante consentimiento informado sobre la participación de su hijo/a en la investigación.

Las pruebas fueron administradas por grupos de clase con un máximo de 25 alumnos por aula. Cabe señalar, que en la recogida de datos colaboraron distintos psicólogos, previamente entrenados para llevar a cabo esta tarea. A través de varios encuentros y ensayos, se consensuó el procedimiento, así como las respuestas y explicaciones que debían darse ante las posibles dudas y preguntas de los sujetos. Estos colaboradores fueron supervisados por las personas responsables de este trabajo a través de reuniones periódicas en las que se abordaron los contratiempos y dificultades.

Antes del comienzo de la evaluación, se daba a los sujetos una breve explicación acerca de los objetivos y los instrumentos que se les iba a administrar. La evaluación se realizó por las mismas personas y en el mismo orden en las tres evaluaciones realizadas a lo largo de los tres cursos académicos que duró este estudio. Los cuestionarios se dieron por el reverso y, tras la explicación, todos los alumnos daban la vuelta e iniciaban su cumplimentación. Si algún alumno levantaba la mano, el evaluador se dirigía hacia él y de forma particular resolvía la duda. Si la duda era repetida por dos o más alumnos, se detenía la evaluación y se explicaba a todo el grupo, tras lo cual se preguntaba “¿todos los habéis comprendido?” y, en caso afirmativo, se permitía continuar la prueba. Concluida la evaluación se agradecía la colaboración a los niños y niñas por su participación. La investigación fue aprobada por el Comité bioético de la Universidad Nacional de Educación a Distancia tras analizar el cumplimiento de los requisitos éticos exigidos.

### Análisis estadístico

Para inferir de manera longitudinal el efecto de primacía, se realizó un análisis de regresión lineal múltiple con el método de estimación por pasos sucesivos. En todos los casos, se cumplieron con los requisitos de ausencia de multicolinealidad, homocedasticidad, autocorrelación e independencia de los datos. En este sentido, es a partir de T2, cuando el análisis permitirá inferir el efecto analizado una vez completado los dos momentos de medida (a los 10.86 y a los 11.86 años respectivamente). Finalmente, en T3 (12.86 años), se podrá estimar la estabilidad del efecto de aquellas variables que previamente resulten significativas en T2. Esto permitirá establecer no sólo la presencia del efecto de primacía, sino también de estabilidad. Señalar que, para explorar el posible efecto de factores de riesgo compartidos, según el modelo de Wolff y Ollendick (2006), se midieron a través del índice de Hollingshead (2011), el nivel socioeconómico y estructura familiar (monoparental versus biparental).

Ambas variables permanecieron invariantes en cada análisis de regresión. Los análisis estadísticos se llevaron a cabo con el paquete estadístico SPSS v18.

## Resultados

La puntuación media y desviaciones típicas por sexo, en cada uno de los tres momentos de medida utilizados en este estudio para la agresión y la depresión, se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos

Variable por momento de medida	Varón		Mujer	
	M	DT	M	DT
Depresión T1	3.51	3.27	3.68	3.05
Depresión T2	3.26	2.24	3.46	2.51
Depresión T3	2.79	2.31	3.41	2.50
Agresión física T1	10.68	3.04	9.81	1.99
Agresión física T2	10.53	2.72	9.95	2.18
Agresión física T3	10.52	2.92	9.72	2.15
Agresión Verbal T1	13.27	3.25	12.72	2.51
Agresión verbal T2	13.18	3.13	12.92	2.66
Agresión verbal T3	13.56	3.10	13.06	2.61
Agresión F+V T1	21.36	5.29	20.13	3.70
Agresión F+V T2	21.15	4.88	20.43	4.01
Agresión F+V T3	21.47	4.93	20.39	3.90

T= tiempo de medida; T1=10.86 años; T2=11.86 años; T3=12.86 años; M = Media; DT = Desviación Típica; F = Física; V = Verbal.

### Análisis predictivo de la depresión como variable criterio

Los resultados (Tabla 2), mostraron que en el momento de medida dos (T2; 11.86 años), el modelo predictor para la depresión está compuesto por la agresión física y la agresión verbal ( $t = 4.37, p < .001$ ) de ese mismo momento de medida. El porcentaje de variabilidad explicada por este modelo es del 3.50 %. Respecto a la magnitud de los predictores, la puntuación Beta indica que un individuo que sufra a los 11.86 años una alteración comórbida entre depresión y agresión física y verbal, aumentará en 1.9 desviaciones típicas la intensidad de su depresión. Dado que la medida de agresión como variable predictora pertenece al mismo momento temporal se rechaza el efecto de primacía de la agresión sobre la depresión.

Por su parte, en el momento de medida tres (T3; 12.86 años), el modelo predictor para la depresión está compuesto por la variable estructura familiar ( $t = 2.58, p < .05$ ), el nivel socioeconómico ( $t = -2.71, p < .01$ ) y la agresión verbal ( $t = 5.52, p < .001$ ) evaluada en ese mismo periodo de edad o momento temporal. En cuanto a la magnitud de la afectación por tipo de agresión, a esta edad es la agresión únicamente verbal, la que aumentará en 2.37 desviaciones típicas la intensidad de la depresión. No obstante, el valor predictivo de la agresión verbal forma parte de un modelo global en el que los factores de riesgo compartidos predicen significativamente la depresión. Este modelo predictor global compuesto por la agresión verbal, la estructura familiar monoparental y el nivel socioeconómico bajo de las familias, explica en su totalidad el 8.20 % de la variabilidad de la depresión. Al igual que en T2 (11.86 años), los resultados indican que, en este momento temporal, no hay efecto de primacía de la agresión verbal sobre la depresión, pero sí un efecto de los factores de riesgo compartidos.

Tabla 2. Modelo predictor para la depresión

Variable criterio	Predictores significativos	Valores		
		Beta	$\rho$	$R^2$
Depresión T2	Agresión F+V T2	.19	.001	.035
Depresión T3	Familia monoparental	.11	.05	.012
	Nivel Socioeconómico	-.11	.01	.013
	Agresión verbal T3	.23	.001	.056

T= tiempo de medida; T2 = 11.86 años; T3 = 12.86 años; Agresión F+V = agresión física y verbal.

#### Análisis predictivo de la agresión física como variable criterio

Tomando la agresión física como variable dependiente, ningún modelo predictor resultó significativo ni a partir de la depresión, como variable independiente en ninguno de los tres momentos de medida, ni a partir de los factores de riesgos compartidos. De acuerdo con estos resultados, no aparece un efecto de primacía de la depresión sobre la agresión física, lo que, además, indica que tener depresión no parece afectar a la intensidad de la agresión física en el periodo comprendido entre los 11 y los 13 años. Igualmente, no aparece ningún efecto significativo de los factores de riesgo compartidos.

#### Análisis predictivo de la agresión verbal como variable criterio

Los resultados (Tabla 3) indicaron que en el segundo momento de medida (11.86 años), hay un efecto de primacía, ya que es la depresión detectada en el momento uno ( $t = 4.46, p < .001$ ), la que predice las respuestas de agresión verbal. Dicha depresión explica la variabilidad de las respuestas agresivas de tipo verbal en un 7.20 %. Respecto a la magnitud, la puntuación Beta indica que tener depresión a los 10.86 años es capaz de aumentar en 2.70 desviaciones típicas la intensidad de la agresión verbal.

En el tercer momento de medida (12.86 años), los resultados indican un efecto de primacía estable. La depresión detectada a los 10.86 años ( $t = 3.51, p < .01$ ) predice las respuestas verbalmente agresivas dos años después. En este periodo de edad, la depresión explica la variabilidad de las respuestas agresivas de tipo verbal en un 4.50 %. En cuanto a la magnitud, la puntuación Beta indica que la depresión en este periodo de edad (12.86 años) es capaz de aumentar en más de dos desviaciones típicas (2.20), la intensidad de la agresión verbal.

Tabla 3. Modelo predictor para la agresión verbal

Variable criterio	Predictores significativos	Valores		
		Beta	$\rho$	$R^2$
Agresión verbal T2	Depresión T1	.27	.001	.072
Agresión verbal T3	Depresión T1	.22	.001	.045

T=tiempo de medida; T1=10.86 años; T2=11.86 años; T3=12.86 años.

## Discusión

El estudio de la comorbilidad es especialmente relevante para el desarrollo de mejores criterios diagnósticos y acciones de tratamiento. En este trabajo se ha tratado de paliar la escasez de investigaciones longitudinales que han abordado la relación comórbida entre sintomatología depresiva y agresión física y verbal. Para ello se han analizado el efecto de primacía y la magnitud de tal efecto en una muestra española de niños y adolescentes.

Los resultados mostraron un efecto de primacía de la depresión sobre la agresión verbal, resultado que falsa parcialmente la hipótesis nula propuesta. Este dato resulta totalmente novedoso, ya que,

hasta donde hemos indagado, es el primer estudio longitudinal que apoya la sintomatología depresiva como predictor significativo de la agresión verbal hasta dos años después desde la evaluación inicial. Aunque según Björkqvist (1994) la agresión verbal es la estrategia más utilizada cuando un conflicto se presenta entre jóvenes, los presentes datos sugieren que la agresión verbal podría ser la expresión de una depresión subyacente, lo que enfatiza la necesidad de realizar una evaluación continua del estado depresivo desde, al menos los 10 años de edad.

Otro de los resultados llamativos encontrados muestra que la depresión es capaz de aumentar la magnitud de la agresión verbal. En estudios sobre el efecto de la depresión sobre la ira, se ha encontrado que afecta al control y al aumento de la expresión agresiva de la ira, tanto en adultos (Koh, Kim, & Park, 2002), como adolescentes (Jackson, Kuppens, Sheeber, & Allen, 2011). Por tanto, la influencia que la depresión tiene en el aumento de la intensidad de la agresión verbal sugiere la conveniencia de evaluar su comorbilidad, para mejorar la eficacia de aquellos tratamientos destinados al control de la ira y la agresión.

Los resultados de este estudio también han mostrado un efecto predictor de la agresión sobre la depresión, aunque de carácter estacionario, es decir, concurrentemente en un mismo periodo temporal. La agresión física y verbal son predictores de la depresión a los 11.86 años, mientras que, a los 12.86 años, es únicamente la agresión verbal junto a los factores de riesgo (i.e., nivel socioeconómico y familia monoparental) la que afecta a la depresión. Que la agresión se muestre predictiva de la depresión indica la importancia para el diagnóstico de lo que Cytryn y McKew (1972) etiquetaron como *depresión enmascarada*. Se trata de una depresión que aparece frecuentemente en la infancia y que enmascara lo que algunos autores han denominado equivalentes depresivos, entre los que destacan conductas problemáticas, tales como somatizaciones, delincuencia, agresividad e irritabilidad (Loukas, Ripperger-Suhler, & Horton, 2009; Mitchell, Varley, & McCauley, 1988).

Igualmente, este trabajo ha demostrado que los factores de riesgo compartidos cuando hay comorbilidad entre agresión y depresión, afectan de manera significativa a esta última. Esto es consistente con aquellos estudios que han relacionado los problemas familiares con la aparición de problemas interiorizados como la depresión (del Barrio et al., 2001; Orgilés, Samper, Fernández-Martínez, & Espada, 2017).

El presente estudio tiene algunas limitaciones a considerar. Entre ellas, mencionar la ausencia de padres y maestros como informantes, aunque se han encontrado correlaciones moderadas entre estos informantes y los propios niños (Kazdin et al., 1983), los cuales han mostrado ser informantes válidos y fiables (Achenbach & Rescorla, 2001; del Barrio, 2002). Además, este estudio realizado en población general asume que la sintomatología depresiva y agresiva son variables dimensionales, por lo que pueden variar cuando se apliquen a síndromes depresivos y agresivos evaluados categóricamente bajo criterios diagnósticos, así como a muestras clínicas. Futuros trabajos deberán explorar estos resultados con diagnósticos categoriales en población clínica y una aproximación multifuente en la recogida de la información.

Más allá de estas limitaciones, los análisis longitudinales de este estudio han puesto de manifiesto la importancia de este tipo de diseño para el avance del conocimiento de la comorbilidad entre depresión y agresión física y verbal en población infanto-adolescente. El valor predictivo que la sintomatología depresiva tiene a los 10 años de edad sobre la agresión verbal hasta los 13 años es un resultado significativo que conviene considerar para mejorar la precisión de los procesos

diagnósticos y las intervenciones. En este sentido, si algo ha mostrado este estudio es que la comorbilidad no debe ser ignorada, ya que más allá de ser manifiesta o no, tiene un efecto sinérgico que puede incrementar por encima del doble la intensidad de la expresión de la sintomatología de los trastornos bajo comorbilidad.

## Conflicto de intereses

Los autores de este trabajo declaran que no existe conflicto de intereses.

Artículo recibido: 01/10/2017

Aceptado: 16/03/2018

## Referencias

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families
- American Psychiatry Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5<sup>th</sup> ed.). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Angold, A., Costello, E. J., & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(1), 57-87. doi:10.1111/1469-7610.00424
- Barnes, S. E., Howell, K. H., Thurston, I. B., & Cohen, R. (2017). Children's attitudes toward aggression: associations with depression, aggression, and perceived maternal/peer responses to anger. *Journal of Child and Family Studies*, 26(3), 748-758. doi:10.1007/s10826-016-0612-5
- Benarous, X., Guedj, M. J., Braitman, A., Gallois, E., & Lana, P. (2014). The link between aggressive behavior and depression in adolescence. A cross-sectional study conducted in the psychiatric emergency unit at the Sainte-Anne hospital. *Encephale*, 40(6), 439-446. doi:10.1016/j.encep.2014.06.003
- Berkowitz, L. (1983). Aversively stimulated aggression: some parallels and differences in research with animals and humans. *American Psychologist*, 38, 1135-1144.
- Beyers, J. M., & Loeber, R. (2003). Untangling developmental relations between depressed mood and delinquency in male adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31(3), 247-266. doi:10.1023/a:1023225428957
- Björkqvist, K. (1994). Sex differences in physical, verbal, and indirect aggression: A review of recent research. *Sex Roles*, 30(3), 177-188. doi:10.1007/bf01420988
- Björkqvist, K. (2018). Gender differences in aggression. *Current Opinion in Psychology*, 19, 39-42. doi:10.1016/j.copsyc.2017.03.030
- Blain-Arcaro, C., & Vaillancourt, T. (2016). Longitudinal Associations between Depression and Aggression in Children and Adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45(5), 959-970. doi:10.1007/s10802-016-0204-2
- Capaldi, D. M. (1992). Co-occurrence of conduct problems and depressive symptoms in early adolescent boys: II. A 2-year follow-up at Grade 8. *Development and Psychopathology*, 4(1), 125-144. doi:10.1017/S0954579400005605
- Caprara, G. V., & Pastorelli, C. (1993). Early emotional instability, prosocial behaviour, and aggression: Some methodological aspects. *European Journal of Personality*, 7(1), 19-36. doi:10.1002/per.2410070103
- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 316-336. doi:10.1037/0021-843X.100.3.316
- Cytryn, L., & McKnew, D. H., Jr. (1972). Proposed classification of childhood depression. *American Journal of Psychiatry*, 129(2), 149-155. doi:10.1176/ajp.129.2.149
- Defensor del Pueblo. (2007). *Violencia escolar: el maltrato entre iguales en la Enseñanza Secundaria Obligatoria 1999/2006*. Madrid: Defensor del Pueblo.
- del Barrio, V. (2002). *Evaluación psicológica en la infancia y la adolescencia*. Madrid: UNED.
- del Barrio, V., Moreno, C., & López, R. (2001). Evaluación de la agresión y la inestabilidad emocional en niños españoles: su relación con la depresión. *Clínica y Salud*, 12(1), 33-50.
- del Barrio, V., Roa, M. L., Olmedo, M., & Colodrón, F. (2002). Primera adaptación del CDI-S a población española. *Acción Psicológica*, 3, 263-274.
- Edelbrock, C., & Achenbach, T. M. (1980). A typology of child behavior profile patterns: Distribution and correlates for disturbed children aged 6-16. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 8(4), 441-470.
- Evans, A. S., & Frank, S. J. (2004). Adolescent depression and externalizing problems: Testing two models of comorbidity in an inpatient sample. *Adolescence*, 39(153), 1-18.
- Ezpeleta, L., Granero, R., & Domenech, J. M. (2005). Differential contextual factors of comorbid conduct and depressive disorders in Spanish children. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 14(5), 282-291. doi:10.1007/s00787-005-0476-5
- Ezpeleta, L., & Penelo, E. (2015). Measurement invariance of oppositional defiant disorder dimensions in 3-year-old preschoolers. *European Journal of Psychological Assessment*, 31(1), 45-53. doi:10.1027/1015-5759/a000205
- Feinstein, A. R. (1970). The pre-therapeutic classification of comorbidity in chronic disease. *Journal of Chronic Diseases*, 23, 455-468.
- Garber, J., Quiggle, N. L., Panak, W., & Dodge, K. A. (1991). Aggression and depression in children: Comorbidity, specificity, and social cognitive processing. In D. Chicchetti & L. Sheree (Eds.), *Internalizing and externalizing expressions of dysfunction* (Vol. 2) (pp. 225-264). Hillsdale, N.J. England: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Gordillo, R., del Barrio, V., & Carrasco, M. A. (2012). Análisis longitudinal de la comorbilidad entre depresión y agresión: Cronicidad y severidad en sujetos de 11 a 13 años. *Interdisciplinaria Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 29(1), 165-185.
- Hammen, C., & Compas, B. E. (1994). Unmasking unmasked depression in children and adolescents: The problem of comorbidity. *Clinical Psychology Review*, 14(6), 585-603. doi:10.1016/0272-7358(94)90018-3
- Higa-McMillan, C. K., Smith, R. L., Chorpita, B. F., & Hayashi, K. (2008). Common and unique factors associated with DSM-IV-TR internalizing disorders in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(8), 1279-1288. doi:10.1007/s10802-008-9250-8
- Hollingshead, A. B. (2011). Four factor index of status position [Unpublished Working Paper since 1975]. *Yale Journal of Sociology*, 8, 21-52.
- Jackson, J., Kuppens, P., Sheeber, L. B., & Allen, N. B. (2011). Expression of anger in depressed adolescents: the role of the family environment. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(3), 463-474. doi:10.1007/s10802-010-9473-3
- James, A. I., Bohnke, J. R., Young, A. W., & Lewis, G. J. (2015). Modelling verbal aggression, physical aggression and inappropriate sexual behaviour after acquired brain injury. *Proceedings Biological Sciences*, 282(1811). doi:10.1098/rspb.2015.0711
- Kazdin, A. E., French, N. H., Unis, A. S., & Esveldt-Dawson, K. (1983). Assessment of childhood depression: correspondence of child and parent ratings. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 22(2), 157-164. doi:10.1016/S0002-7138(09)62329-3
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., ... Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Study. *Archives of General Psychiatry*, 51(1), 8-19. doi:10.1001/archpsyc.1994.03950010008002
- Knox, M., King, C., Hanna, G. L., Logan, D., & Ghaziuddin, N. (2000). Aggressive behavior in clinically depressed adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(5), 611-618. doi:10.1097/00004583-200005000-00015

- Koh, K. B., Kim, C. H., & Park, J. K. (2002). Predominance of anger in depressive disorders compared with anxiety disorders and somatoform disorders. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 63(6), 486-492. doi:10.4088/JCP.v63n0604
- Kovacs, M. (1992). *Children's depression inventory, CDI*. Toronto: Multi-Heath Systems Inc.
- Kovacs, M., Paulauskas, S., Gatsonis, C., & Richards, C. (1988). Depressive disorders in childhood: III. A longitudinal study of comorbidity with and risk for conduct disorders. *Journal of Affective Disorders*, 15(3), 205-217.
- Krueger, R. F., & Markon, K. E. (2006). Reinterpreting comorbidity: A model-based approach to understanding and classifying psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 111-133. doi:10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095213
- Lilienfeld, S. O. (2003). Comorbidity between and within childhood externalizing and internalizing disorders: reflections and directions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31(3), 285-291. doi:10.1023/a:1023229529866
- Lim, S. H., & Ang, R. P. (2009). Relationship between boys' normative beliefs about aggression and their physical, verbal, and indirect aggressive behaviors. *Adolescence*, 44(175), 635-650.
- Llorca, A., Malonda, E., & Samper, P. (2017). Depression and aggressive behaviour in adolescents offenders and non-offenders. *Psicothema*, 29(2), 197-203.
- Look, A. E., McCloskey, M. S., & Coccaro, E. F. (2015). Verbal versus physical aggression in Intermittent Explosive Disorder. *Psychiatry Research*, 225(3), 531-539. doi:10.1016/j.psychres.2014.11.052
- Loukas, A., Ripperger-Suhler, K. G., & Horton, K. D. (2009). Examining temporal associations between school connectedness and early adolescent adjustment. *Journal of Youth and Adolescence*, 38(6), 804-812. doi:10.1007/s10964-008-9312-9
- Messer, S. C., & Gross, A. M. (1994). Childhood depression and aggression: A covariance structure analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 32(6), 663-677. doi:10.1016/0005-7967(94)90023-X
- Mitchell, J., Varley, C., & McCauley, E. (1988). Depression in children and adolescents. *Children's Health Care*, 16(4), 290-293.
- Morrow, M. T., Hubbard, J. A., Rubin, R. M., & McAuliffe, M. D. (2008). The relation between childhood aggression and depressive symptoms: The unique and joint mediating roles of peer rejection and peer victimization. *Merrill-Palmer Quarterly*, 54(3), 316-340. doi:10.1353/mpq.0.0000
- NICE. (2017). *Violence and aggression short-term management in mental health, health and community settings* England: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists. Recuperado de <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10/evidence/full-guideline-pdf-70830253>.
- Oñate, A., & Piñuel, I. (2006). *Estudio Cisneros X "Violencia y acoso escolar en España: Instituto de Innovación Educativa y Desarrollo Directivo (IEDDI)*. Recuperado de <https://drive.google.com/file/d/0B89bgR5xq4ea-cU9aWWZaRkdBdke/view>
- Orgilés, M., Samper, M. D., Fernández-Martínez, I., & Espada, J. P. (2017). Depresión en preadolescentes españoles: Diferencias en función de variables familiares. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 4(2), 129-134.
- Poirier, M., Dery, M., Temcheff, C. E., Toupin, J., Verlaan, P., & Lemelin, J. P. (2016). Longitudinal associations between conduct problems and depressive symptoms among girls and boys with early conduct problems. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(7), 743-754. doi:10.1007/s00787-015-0796-z
- Quiggle, N. L., Garber, J., Panak, W. F., & Dodge, K. A. (1992). Social information processing in aggressive and depressed children. *Child Development*, 63(6), 1305-1320. doi:10.2307/1131557
- Rhee, S. H., Lahey, B. B., & Waldman, I. D. (2015). Comorbidity among dimensions of childhood psychopathology: Converging evidence from behavior genetics. *Child Development Perspectives*, 9(1), 26-31. doi:10.1111/cdep.12102
- Rudolph, K. D., & 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. doi:10.1023/A:1005299429060
- Salmivalli, C., & Kaukiainen, A. (2004). 'Female Aggression' Revisited: Variable- and Person-Centered Approaches to Studying Gender Differences in Different Types of Aggression. *Aggressive Behavior*, 30(2), 158-163. doi:10.1002/ab.20012
- Seeley, J. R. (2002). Comorbidity between conduct disorder and major depression: Phenomenology, correlates, course, and familial aggregation. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 62(12-A), 4122
- Smits, D. J. M., De Boeck, P., & Vansteelandt, K. (2004). The inhibition of verbally aggressive behaviour. *European Journal of Personality*, 18(7), 537-555. doi:10.1002/per.529
- Subbarao, A., Rhee, S. H., Young, S. E., Ehringer, M. A., Corley, R. P., & Hewitt, J. K. (2008). Common genetic and environmental influences on major depressive disorder and conduct disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(3), 433-444.
- Tapper, K., & Boulton, M. J. (2004). Sex differences in levels of physical, verbal, and indirect aggression amongst primary school children and their associations with beliefs about aggression. *Aggressive Behavior*, 30(2), 123-145. doi: 10.1002/ab.20010
- Toldos, M. P. (2005). Sex and age differences in self-estimated physical, verbal and indirect aggression in spanish adolescents. *Aggressive Behavior*, 31(1), 13-23. doi: 10.1002/ab.20034
- Tremblay, R. E., Nagin, D. S., Seguin, J. R., Zoccolillo, M., Zelazo, P. D., Boivin, M., ... Japel, C. (2005). Physical aggression during early childhood: trajectories and predictors. *The Canadian Child and Adolescent Psychiatry Review*, 14(1), 3-9.
- Weiss, B., & Catron, T. (1994). Specificity of the comorbidity of aggression and depression in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22(3), 389-401. doi:10.1007/BF02168081
- Wichstrøm, L., Berg-Nielsen, T. S., Angold, A., Egger, H. L., Solheim, E., & Svein, T. H. (2012). Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(6), 695-705. doi:10.1111/j.1469-7610.2011.02514.x
- Wolff, J. C., & Ollendick, T. H. (2006). The comorbidity of conduct problems and depression in childhood and adolescence. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 9(3), 201-220. doi:10.1007/s10567-006-0011-3