



Psykhe

ISSN: 0717-0297

psykhe@uc.cl

Pontificia Universidad Católica de Chile
Chile

Cova, Félix; Aburto, Bárbara; Sepúlveda, María José; Silva, Mariela
Potencialidades y obstáculos de la prevención de la depresión en niños y adolescentes
Psykhe, vol. 15, núm. 1, mayo, 2006, pp. 57-65
Pontificia Universidad Católica de Chile
Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=96715105>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Potencialidades y Obstáculos de la Prevención de la Depresión en Niños y Adolescentes

Depression Prevention Programs for Children and Teenagers: Potencialities and Obstacles

Félix Cova, Bárbara Aburto, María José Sepúlveda y Mariela Silva
Universidad de Concepción

Históricamente, la investigación respecto de las posibilidades de prevenir el desarrollo de psicopatología ha sido limitada. Sin embargo existen crecientes esfuerzos en este campo, particularmente en países desarrollados, y se han generado y evaluado diversos programas preventivos de la depresión en niños y adolescentes, con resultados sugerentes. El artículo presenta y discute estos resultados y destaca la importancia de desarrollar investigación en este ámbito en nuestra realidad.

Palabras Claves: *prevención, depresión en niños, depresión en adolescentes.*

Historically, research on possibilities for preventing the appearance of psychopathologies has been limited. However, there is a growing effort in this field, especially in developed countries, and different programs have been generated and evaluated to prevent children and teenager depression with promising results. The paper introduces and discusses these results and it stands out the importance of increasing research in this area in our own reality.

Keywords: *prevention, child depression, adolescent depression.*

La necesidad de hacer esfuerzos para prevenir los trastornos mentales es, en general, declarada como una importante prioridad en salud mental (Holden & Black, 1999). Sin embargo, la dedicación que efectivamente se le ha prestado a esta tarea (en particular, a la prevención primaria) es insuficiente (Dobson & Dozois, 2004). Uno de los probables determinantes de esta situación, son las dudas que existen, no siempre explicitadas, respecto a si es realmente posible y efectivo intentar prevenir trastornos de naturaleza tan compleja y multicausada como los trastornos psicopatológicos (Harrington & Clark, 1998).

Lo anterior, más que inhibir la investigación en esta área, debiera estimularla. A diferencia de la política pública, donde no resulta razonable desarrollar

programas ambiciosos de prevención hasta que no esté bien establecida su efectividad y eficiencia, la investigación no puede estar restringida por la complejidad del problema, menos aun cuando los beneficios potenciales de la prevención en este campo son enormes (Muñoz, 2001).

No obstante, debe reconocerse que el panorama no es enteramente negativo. En los países de alto desarrollo económico, existe ya un volumen valorable de experiencia y conocimiento que se ha ido acumulando al respecto. En una revisión realizada recientemente, Greenberg, Domitrovich y Bumbarger (2001) identificaron 34 programas de prevención primaria, en población escolar, de alteraciones psicopatológicas como la agresividad, la depresión o la ansiedad, metodológicamente bien evaluados, con resultados exitosos en disminuir el desarrollo de síntomas psicopatológicos específicos.

El foco de la presente revisión son los esfuerzos destinados a la prevención de la depresión en niños y adolescentes. Se presentarán las características centrales de la investigación desarrollada en este ámbito y las principales evidencias e interrogantes que se derivan de ella. Estas evidencias e interrogantes están limitadas por el ámbito sociocultural en que se han realizado estas investigaciones -países desarrollados-, por lo que se presta una atención especial a la

Félix Cova Solar, Departamento de Psicología, Universidad de Concepción. Bárbara Aburto, Departamento de Psicología, Universidad de Concepción. María José Sepúlveda Solís, Departamento de Psicología, Universidad de Concepción. Mariela Silva Jara, Departamento de Psicología, Universidad de Concepción.

La correspondencia relativa a este artículo debe ser dirigida a los autores a: Dpto. de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Concepción, Concepción, Chile. Teléfono: (41)203948, Fax: (41)210266. E-mail: fecova@udec.cl, baburto@udec.cl, sepulvedasolis@hotmail.com, mariesil@udec.cl

necesidad de considerar a nuestras especificidades culturales al momento de derivar inferencias a nuestra realidad (Muñoz, Penilla & Urizar, 2002)

Previamente, es necesario presentar algunos alcances respecto al concepto de prevención en psicopatología, dada la confusión a que se presta por sus distintas acepciones.

Conceptualización y Clasificación de la Prevención

La conceptualización clásica de la prevención distingue tres niveles: *prevención primaria*, cuyo objetivo es reducir la aparición del trastorno (incidencia); *prevención secundaria*, cuyo objetivo es detectar lo más precozmente posible la aparición de un trastorno y disminuir su impacto; *prevención terciaria*, que hace referencia a las intervenciones encaminadas a disminuir las repercusiones negativas de la enfermedad una vez desarrollada -rehabilitación- (Commission on Chronic Illness, 1957). Esta conceptualización, pese a sus méritos, no distingue claramente entre prevención y tratamiento. En 1994, el Institute of Medicine de EEUU decidió acotar el concepto de prevención a las estrategias destinadas a evitar el desarrollo de un trastorno, y propuso una nueva clasificación con dos grandes categorías fundamentales: 1) *intervenciones preventivas universales*, dirigidas a toda la población, y 2) *intervenciones específicas*. Estas intervenciones específicas, a su vez, pueden ser de dos tipos: *intervenciones preventivas selectivas*, dirigidas a grupos de la población cuyo riesgo de desarrollar el trastorno psiquiátrico es significativamente mayor al promedio de la población en general, e *intervenciones preventivas indicadas*, dirigidas a individuos con riesgo por presentar ya síntomas, pero que no alcanzan a cumplir los criterios de alteración mental.

Esta segunda clasificación ha tenido una importante acogida en la medida que permite distinguir entre prevención (evitar un trastorno) y otras formas de intervención (una vez que el trastorno ya se ha presentado). Es esta conceptualización la que se sigue en el presente artículo. No obstante, igualmente se presta a algunas controversias. Por ejemplo, no es claro si la prevención corresponde a evitar un episodio de un trastorno, ya sea un primer episodio o uno posterior, o sólo a la primera situación, lo que restringiría excesivamente el concepto (Gillham, Shatté & Freres, 2000). Este tema es particularmente relevante para los programas de preven-

ción en población adulta, donde las probabilidades de que hayan existido episodios previos es alta. En niños y adolescentes esta distinción no es tan relevante y es más probable que la prevención de un episodio coincida con la prevención de un primer episodio.

Prevención de la Depresión en Niños y Adolescentes

Los trastornos depresivos corresponden a trastornos comunes e incapacitantes, cuya incidencia sufre un incremento particularmente luego de la pubertad, lo que ha motivado un interés creciente en desarrollar estrategias que permitan enfrentar anticipatoriamente este incremento interviniendo en niños y adolescentes (Muñoz, Le, Clarke & Jaycox, 2002). Un factor que ha contribuido a este interés son los estudios que sugieren que un primer episodio depresivo hace más vulnerable a la persona para el desarrollo de episodios posteriores. Existe alguna evidencia de que el primer episodio depresivo aparece más correlacionado con la existencia de estresores psicosociales en la vida de la persona que los posteriores, lo que indica que este incremento de la vulnerabilidad podría estar mediado por un proceso de sensibilización biológica (Brown, Harris & Hepworth, 1994; Post & Weiss, 1998).

Este interés ha llevado a generar tanto programas de prevención universal como dirigidos a poblaciones específicas, observándose un incremento importante de la investigación en el área. Naturalmente, la mayoría de estas investigaciones se han desarrollado en el ámbito escolar, por su carácter estratégico para el desarrollo de acciones preventivas en niños y adolescentes (Organización Mundial de la Salud, 1993). En la Tabla 1 se presentan gran parte de las principales investigaciones respecto a programas de prevención universal de la depresión publicadas hasta hoy, y en la Tabla 2, las de programas preventivos específicos.

Características de los Programas Preventivos

Los programas preventivos que se han desarrollado comparten varios elementos en común. En general, tienen su fundamento en las teorías cognitivo-conductuales de la depresión y emplean las estrategias y técnicas desarrolladas desde este enfoque para el tratamiento de la depresión (Seligman, Reivich, Jaycox & Gillham, 1995). El tratamiento cognitivo-

Tabla 1
Programas universales de prevención de depresión en niños* y adolescentes^d

Estudio	Lowry-Webster, Barrett & Dadds (2001)	Pattison & Lynd-Stevenson (2001) ^b	Quayle & Dziuraviec (2001)	Shochet et al. (2001)	Cardemil, Reivich & Seligman (2002)	Merry, Franz, McDowell, Wild, Bir & Cumliffe (2004) ^c	Pössel, Horn, Groen & Hautzinger, (2004) ^c	Spence & Sheffield (2000) Spence et al. (2005)
Programa	Programa Amigos (FRIENDS) 10 sesiones con los niños y tres con los padres	Programa de Prevención de Pensilvania PENN 10 sesiones	Adaptación del PENN 8 sesiones	Programa para Adolescentes Competentes RAP, con dos componentes: RAP-A: 11 sesiones con los jóvenes RAP-F : 3 sesiones con los padres.	Adaptación Programa de Prevención de Pensilvania PENN No se informa N° sesiones	Adaptación del Programa para Adolescentes Competentes RAP, denominada RAP-Kiwi. 11 sesiones	Programa Entrenamiento en aspectos sociales de la vida cotidiana LISA-T 10 sesiones	Programa de Resolución de Conflictos para la Vida 8 sesiones
Participantes (participantes en grupos de prevención, sin considerar los de grupos controles, excepto cuando se indica muestra total)	Estudiantes de 5º a 7º grado (10-13 años) 392 participantes	Estudiantes de 5º y 6º grado (9-12 años) 16 participantes Existió un grupo control placebo (n=16) y otro pasivo (n=18)	Niñas de 7º a 13 años. 24 participantes	Estudiantes de 9º (13 años promedio). Muestra total: 260 Un grupo recibió sólo RAP-A, otro RAP-A y RAP-F, y otro fue control pasivo.	Estudiantes de 5º a 8º grado (10-11 años promedio). Un grupo predominantemente latino (n=30) y otro afroamericano (n=50)	Estudiantes de 9º grado y 10 grado (13-14 años promedio) y 10º grado. 192 participantes. Se utilizó un grupo de control placebo de comparación n=172.	Edad promedio: 13.82 200 participantes	Estudiantes de 12 a 14 años Muestra total: 1.234
Resultados (en comparación con grupo control)	Menor ansiedad, especialmente en grupo de alta ansiedad en pre-test (en grupo con alta ansiedad en pre-test también se observó menor depresión respecto al control).	Sin resultados estadísticamente significativos.	Menores síntomas depresivos y mayor autoestima al seguimiento de 6 meses .	Ambos grupos con intervención reportaron niveles significativamente más bajos que el grupo control tanto en sintomatología depresiva como en desesperanza. Los resultados se conservaron al seguimiento de 12 meses.	El grupo latino a los 6 meses presentaba menores síntomas depresivos, menores cogniciones negativas, menor desesperanza y mayor autoestima que el control. En el grupo afroamericano no se observaron efectos significativos.	Se observaron efectos significativos tanto en el post-test como en el seguimiento a los 18 meses. Menores síntomas depresivos en el grupo de entrenamiento a los seis meses.	Efectos significativos de reducción de los síntomas depresivos y desarrollo de habilidades para resolver problemas, especialmente en el grupo de alto riesgo. Al seguimiento a los 12 meses, 2, 3 y 4 años no se observaron efectos significativos.	

*Se usa "niños" en forma genérica

^dTodos los estudios de la Tabla corresponden a ensayos controlados aleatorios (salvo Shochet et al., 2001, que es un estudio de cohorte). Fueron catalogados por Merry et al. (2003) como de alta calidad metodológica de acuerdo a los criterios de Moncrieff, Churchill, Drummond & McGuire (2001), excepto el de Pattison & Lind Stevenson (2001) y los dos estudios más actuales. Sólo un estudio de alta calidad no ha sido incluido en la tabla: Roberts, Kane, Thomson, Bishop & Hart. (2003).

b Este estudio es uno de los pocos -con excepción del de Merry et al. (2004)- con grupo de control activo -placebo-. Sin embargo, su gran debilidad es el tamaño muestral.

c Estos dos estudios son los dos más recientes en prevención universal y destacan por su rigor metodológico, especialmente el de Merry et al. (2004).

Tabla 2
Programas de prevención de depresión específicos (selectivos o indicados) en niños* y adolescentes^a

Estudio	Jaycox et al. (1994)	Clarke et al. (1995)	Beardslee et al. (1997)	Seligman et al. (1999)	Clarke et al. (2001)	Yu & Seligman (2002)
Programa de intervención	Programa de Prevención Pennsylvania PENN. 10 sesiones	Curso de Afrontamiento del Estrés. 5 sesiones	Programa multicomponente, que considera reuniones con los padres, con los niños y reuniones familiares. El programa control fue de dos sesiones de lectura.	Proyecto Apex . 8 sesiones 6 sesiones individuales	Curso de Afrontamiento del Estrés. 15 sesiones de 1 hora.	Adaptación del PENN 10 sesiones
Criterio de identificación participantes	Sujetos con alto puntaje de síntomas depresivos y presencia de conflicto familiar	Sujetos con puntaje alto en escala de depresión CES-D que no cumplen criterios de trastorno mental actual.	Sujetos hijos de padres con diagnóstico de trastorno afectivo.	Sujetos con puntaje elevado en Cuestionario de Estilo Explicativo, con puntaje menor a 19 en BDI y que no cumplían criterios de ningún trastorno mental.	Sujetos hijos de padres con diagnóstico de trastorno afectivo, con puntaje alto en escala CES-D pero que no reunían todos los criterios para diagnóstico de trastorno depresivo.	Sujetos con alto puntaje de síntomas depresivos y presencia de conflicto familiar.
Participantes (participantes en grupos de prevención, sin considerar los de grupos controles, excepto cuando se indica la muestra total)	Estudiantes 5° y 6° grado. 69 participantes	Estudiantes de 9° y 10° grado 76 participantes	Participantes de 8-15 años. 28 niños participantes en el programa multicomponente y 24 en el de lectura. Muestra total: 36 familias (18 programa multicomponente y 18 de lectura)	Estudiantes de primer año de Collage Muestra total: 231 (aproximadamente la mitad grupo control)	Participantes de 13-18 años. Edad promedio: 14.4 40 participantes	Edad promedio: 11-12 años 104 participantes
Resultados (en comparación con grupo control)	Se observaron efectos en el post-test y seguimiento hasta los 2 años en la sintomatología depresiva y hasta tres años en relación al estilo explicatorio pesimista (dimensión estabilidad negativa) (Gillham & Reivich, 1999).	Grupo de prevención presenta una significativamente menor cantidad de trastornos depresivos a los 12 meses.	Niños en el programa multicomponente muestran mayor comprensión del trastorno parental, y mejor adaptación.	Seguimiento a tres años mostró menor tasa de trastornos ansiosos, menores síntomas ansiosos y depresivos (también una tendencia a menor tasa de trastornos depresivos, en particular, no severos). También menor desesperanza, actitudes disfuncionales y mejores estilos explicativos.	Seguimiento a 15 meses mostró efectos significativos a nivel de síntomas y de trastorno depresivo, así como en el nivel de funcionamiento.	Resultados positivos en post-test y seguimientos de tres y seis meses a nivel de síntomas depresivos y de estilo explicatorio optimista.

*Se usa "niños" en forma genérica

^a Todos los estudios de la Tabla corresponden a ensayos controlados aleatorios. Fueron catalogados por Merry et al., (2003) como de alta calidad metodológica de acuerdo a los criterios de Moncrieff et al. (2001), excepto el de Jaycox et al., (1994), que constituye una referencia fundamental por el impacto que ha tenido, y el de Beardslee et al. (1997), también muy influyente.

conductual de la depresión busca que la persona desarrolle ciertas habilidades y formas de comportamiento que reducirían la experiencia depresiva. Dada la efectividad que ha demostrado esta forma de tratamiento, se ha supuesto que estas habilidades y comportamientos podrían ser enseñados, en forma de talleres grupales, antes de que la persona se deprima, permitiendo así evitar que se desarrolle una depresión (Clarke, Hawkins, Murphy, Sheeber, Lewinsohn & Seeley, 1995; Muñoz, 1998).

Con esta base clínica, los programas se han centrado en desarrollar factores protectores a nivel individual, fundamentalmente de tipo cognitivo, con poca consideración de otros factores psicosociales. Entre sus bases teóricas más relevantes están las teorías de la depresión de Beck, Lewinsohn y Seligman (Clark & Lewinsohn, 1995; Muñoz, 1998; Seligman, Schulman, De Rubeis & Hollon, 1999). Sólo algunos pocos programas han considerado intervenciones adicionales al taller con los niños o adolescentes. Los que han hecho esto, básicamente han considerado talleres para padres, en general muy breves -de 3 sesiones aproximadamente- (Beardslee et al., 1997; Clarke et al., 2001). Una excepción a esta tendencia la constituyen algunos programas de fortalecimiento de competencias parentales (Hawkins, Catalano, Kosterman, Abbott & Hill, 1999) y de vinculación madre-hijos, en particular, con hijos de madres con depresión (Harrington, 2002). Con una perspectiva más social, en algunos países se ha optado por fortalecer centros de cuidados extraescolares y mejorar la calidad de los programas en ellos implementados, con el objetivo, entre otros, de prevenir trastornos psicopatológicos en los niños y jóvenes (Essau, 2004).

Los talleres de los programas centrados en los niños y/o adolescentes están, habitualmente, manualizados, configurando protocolos sistemáticos que permiten su replicación y la capacitación de los facilitadores. Los manuales desarrollados por el equipo ligado a la Universidad de Pennsylvania y a la obra de Martin Seligman han sido particularmente influyentes, en especial el Programa PENN (Reivich & Seligman, 1992). En general son programas breves, con un promedio de alrededor de diez sesiones. Con distintos énfasis, los talleres, en general, están destinados a la enseñanza y entrenamiento en estrategias y técnicas como las siguientes: aumento de las actividades placenteras; entrenamiento en habilidades sociales; automonitoreo y autorrefuerzo; entrenamiento en resolución de problemas; entrenamiento en relajación; reestructuración cognitiva;

interrupción de pensamientos; autoinstrucciones (Essau, 2004). Sólo excepcionalmente, los programas toman como foco explícito, aparte del entrenamiento en técnicas cognitivo-conductuales, temas relacionados con las preocupaciones propias de la niñez y adolescencia (por ejemplo, Shochet et al., 2001).

Efectividad de Programas Universales y Específicos

La primera publicación de importancia de programas universales de prevención fue realizada por Clark, Hawkins, Murphy y Sheeber en 1993. Sin embargo, se trataba de programas muy breves (3 sesiones), y no mostró resultados significativos. En la última década se han realizado varias investigaciones, con resultados contradictorios, como se observa en la Tabla 1. El meta-análisis de Merry, McDowell, Hetrick, Bir y Muller (2003), consideró sólo tres de éstas (Cardemil, Reivich & Seligman, 2002; Spence, Sheffield & Donovan, 2003; Quayle & Dziurawiec, 2001) y no encontró efectos significativos. Sin embargo, deben destacarse dos estudios posteriores a este meta-análisis, metodológicamente bien diseñados, que muestran efectividad de programas preventivos universales en adolescentes escolares (Merry, Franz, McDowell, Wild, Bir & Cunliffe 2004; Pössel, Horn, Groen & Hautzinger, 2004). En el primero de estos estudios se encontraron efectos claros y sostenidos por 18 meses de un programa preventivo en estudiantes de 13 a 15 años, en un diseño que consideró un grupo control placebo (es la primera investigación bien diseñada que consideraba un grupo control activo y no sólo pasivo, mostrando que los resultados no son explicables sólo por la presencia de una intervención inespecífica, sino que el programa aplicado tiene un rol importante). El estudio de Pössel et al. (2004) aplicó un programa preventivo en escolares de 8° año y mostró un efecto preventivo en el seguimiento de seis meses. Por otro lado, algunos estudios también han mostrado que resultados inicialmente positivos, de programas preventivos universales, se diluyen cuando se consideran seguimientos largos (Spence, Sheffield & Donovan, 2005).

Las investigaciones de programas específicos muestran una tendencia más clara a presentar resultados positivos, como se puede observar en la Tabla 2, lo que es corroborado por el meta-análisis de Merry et al. (2003). Este meta-análisis estimó el “número necesario a tratar” en 8. Esto significa que se

requiere intervenir a 8 participantes para obtener efecto preventivo en alguno, lo que muestra el atractivo que pueden tener estas intervenciones en términos de salud pública. La investigación que mostró mayor efectividad, considerando un seguimiento de 12 meses, fue la de Clarke et al. (2001). Este programa, desarrollado con hijos de padres depresivos con riesgo de desarrollar psicopatología de este tipo, es particularmente importante dado que mostró resultados preventivos tanto respecto al desarrollo de síntomas como al desarrollo de trastornos depresivos propiamente.

Destaca también el estudio de Seligman et al. (1999) en el cual estudiantes universitarios fueron seleccionados por presentar un estilo atribucional desadaptativo (excluyendo la presencia de trastorno depresivo al inicio del estudio) y, posteriormente recibieron un programa denominado APEX. Tal estudio mostró impactos positivos en el grupo intervenido en la presencia de menor sintomatología depresiva y trastornos ansiosos, así como de variables cognitivas de vulnerabilidad. Estos resultados se mantuvieron a lo largo de 36 meses de seguimiento.

Debe evitarse hacer una conclusión apresurada, de lo anterior, respecto a la ventaja de desarrollar programas específicos. Existen autores que defienden los programas específicos por la supuesta mayor posibilidad de demostrar su efectividad (Muñoz et al., 2002), así como por evitar el costo y esfuerzo inútil que puede significar realizar acciones preventivas en población sin riesgo claro de presentar trastornos. Sin embargo, debe considerarse que aunque aparentemente más prácticos, los programas específicos poseen la gran complejidad de tener que identificar la población en riesgo, y que obligan a generar grupos “no naturales” (a diferencia de un grupo curso) (Merry et al., 2004). Los diseños hasta ahora utilizados en los programas específicos requieren procedimientos caros y complejos, aun cuando ello podría ser minimizado en programas ya probados que no requieran demostrar su efectividad, con procedimientos de tamizaje simplificados. Por otro lado, está el riesgo de la rotulación y estigmatización de los niños y jóvenes identificados “en riesgo” (Harrington & Clark, 1998). Dos críticas adicionales se le hacen a los programas específicos: hay un grupo de la población que no se beneficia de los programas, alguna de la cual podría no estar en riesgo al momento del tamizaje, de presentar depresión, pero sí posteriormente. También se ha planteado que los programas específicos tendrían mejores posibilida-

des estadísticas de demostrar su efectividad, dada la mayor visibilidad del efecto preventivo en un grupo de riesgo, y serían, por tanto, más útiles en la fase actual en que se encuentra la investigación en el área (Muñoz et al. 2002); sin embargo, otros autores señalan que la alta prevalencia de la depresión aun en población no seleccionada, y la posibilidad de emplear muestras más grandes en los programas universales, pone en duda este supuesto (Merry et al., 2004).

Junto con evaluar los resultados de los programas en términos de su objetivo de prevenir el desarrollo de síndromes y trastornos depresivos, algunos investigadores han procurado observar si los programas tienen efectos preventivos adicionales. Este análisis es muy necesario, dado que, en general, los aspectos considerados en las intervenciones no son exclusivos de la depresión (Dobson & Dozois, 2004). Particularmente, la atención se ha concentrado en los síndromes y trastornos ansiosos y dada la estrecha relación entre depresión y ansiedad, no ha sido sorprendente encontrar que algunos programas focalizados en la depresión han mostrado resultados positivos también en prevenir esta última (Roberts, Kane, Thompson, Bishop & Hart, 2003, Seligman et al., 1999).

También las investigaciones han intentado identificar el efecto de los programas en las variables que se estima tienen un rol mediador o moderador en relación al desarrollo de síntomas depresivos. En concordancia con los modelos teóricos de base, se han evaluado fundamentalmente variables cognitivas como el estilo atribucional, cogniciones negativas y actitudes disfuncionales, desesperanza, autoestima, encontrándose resultados concordantes en varias de ellas, particularmente en lo relativo al estilo atribucional (Seligman et al., 1999; Yu & Seligman, 2002); también en habilidades para resolver problemas (Spence, Sheffield & Donovan, 2003). Sin embargo, los datos al respecto no son suficientemente claros ni consistentes, y, al igual que en la terapia cognitivo-conductual, la demostración de la efectividad de las intervenciones no está acompañada de una comprensión de qué es efectivamente lo que funciona (Gillham & Reivlich, 1999). Por ejemplo, en este último estudio, con un seguimiento de tres años, se observó una efectividad de la intervención aplicada en modificar los estilos atribucionales de los participantes que se mantuvo en el tiempo, pero que no fue acompañada de un efecto equivalente en los síntomas depresivos, donde el efecto preventivo se redujo progresivamente,

por lo que no resulta factible atribuir a los primeros el rol mediador supuesto en la reducción del desarrollo de sintomatología depresiva.

Las investigaciones han procurado observar si el impacto de las intervenciones puede diferir en función del género de los participantes, observándose resultados contradictorios y poco concluyentes al respecto (Gillham et al., 2000). Un foco reciente de interés es el diseño de intervenciones que tomen más explícitamente en cuenta la dimensión género (Le, Muñoz, Ippen & Stoddard, 2003), que se fundamenta en la nítida evidencia de que los trastornos depresivos y ansiosos son más frecuentes en mujeres, a partir de la adolescencia (Cova, Maganto & Valdivia, 2004). En este contexto, Chaplin et al. (2006) han estudiado en forma piloto la posibilidad de que programas preventivos basados en talleres con grupos sólo de adolescentes mujeres sean más apropiados para éstas que grupos mixtos. Junto con una mayor efectividad en la reducción de síntomas, estos autores observaron una mayor adherencia a la intervención cuando ésta se realizó sólo en grupos de niñas respecto a la realizada en grupos mixtos.

Conclusiones y Discusión

La investigación en el campo de la prevención de los trastornos psicopatológicos, y, en particular, de los trastornos depresivos en niños y adolescentes, ha tenido un desarrollo importante en la última década, pese a su retraso histórico (Dobson & Dozois, 2004). La mayoría de esta investigación se ha concentrado en evaluar la efectividad de programas de entrenamiento cognitivo-conductuales breves, aplicados preferentemente en el ámbito escolar. Pese a la brevedad de las intervenciones, los resultados obtenidos hasta ahora son alentadores. Varios programas han tenido un seguimiento superior a un año, y han mostrado la continuidad de los efectos (Clarke et al., 2001; Merry et al., 2004; Seligman et al., 1999). Permanece como necesidad un mayor control del efecto placebo. El estudio de Merry et al. (2004) muestra un efecto positivo de un programa universal respecto a un control placebo muy bien diseñado.

Con menor consistencia, se ha observado asimismo que los programas modifican aspectos cognitivos centrales y que, en algunos casos, estos aspectos están directamente relacionados con el efecto preventivo (Seligman et al., 1999; Yu & Seligman, 2002). Un desafío central de la investigación es precisamente una comprensión más clara de los facto-

res de vulnerabilidad y de protección de los trastornos, de la forma en que los programas inciden en ellos y de cuales son, en consecuencia, las variables que median o moderan los resultados obtenidos, lo que es un punto crucial asociado a lograr un mayor entendimiento de la etiología de los trastornos depresivos (Offord & Bennett, 2002).

Respecto de los programas preventivos propiamente, varios aspectos deben ser resueltos en el futuro. Una interrogante todavía no abordada es cómo integrar más nítidamente los aspectos psicosociales y biológicos en el desarrollo de programas preventivos, hasta ahora centrados casi exclusivamente en aspectos psicológicos individuales. Otra limitación de la investigación en prevención es la poca consideración de los procesos emocionales (Izard, 2002). La investigación en torno a los procesos emocionales, en fértil desarrollo, puede enriquecer de modo sustantivo los principios, estrategias y técnicas de los programas preventivos, facilitando el desarrollo de las capacidades de autorregulación afectiva (Izard, 2002).

Respecto de los programas que se han desarrollado hasta ahora, pese a su aparente efectividad, es necesario evaluar varios aspectos antes de considerar su aplicación en forma masiva, más aun en nuestra realidad. En primer lugar, los programas analizados han sido aplicados en condiciones altamente controladas y con una relativamente compleja y costosa implementación. Se podría decir que se ha evaluado su eficacia, pero no todavía su efectividad al ser aplicados en condiciones reales no tan controladas como las propias de las investigación «pura» (Dozois & Dobson, 2003), y hay pocos datos de su eficiencia. Relacionado con esto, varios programas han utilizado diseños bietápicos con mucha pérdida de participantes y con instrumentos que no sería factible de usar si no es con fines de investigación. Uno de los pocos programas específicos que resolvió exitosamente la pérdida experimental (Seligman et al., 1999) lo hizo pagándole a los participantes por su asistencia, cuestión que debiera ser resuelta de otra forma en aplicaciones más masivas. Como contrapartida, debe mencionarse que algunos programas han dejado a cargo de los talleres, exitosamente, a monitores capacitados sin formación especializada en psicología (Merry et al., 2004; Yu & Seligman, 2002). Probablemente es en el terreno de la evaluación de estos aspectos, donde puede resolverse, en términos empíricos, la controversia respecto de la mayor utilidad de los programas universales o específicos. También puede ser de utilidad para ello el

estudio de la relevancia que parece tener el considerar más atentamente el género en el diseño de los programas, y la posible mayor utilidad de implementar intervenciones sólo para niñas.

Otra observación tiene relación con el contexto cultural y las características de las actividades y temas de los talleres. La mayoría de las investigaciones corresponde a programas implementados en países de alto desarrollo económico, con talleres muy estructurados centrados en el entrenamiento de técnicas, con tareas sistemáticas para el hogar. Sólo un programa de los reseñados considera además el análisis de ciertos temas ligados al ciclo de vida (Shochet et al., 2001), y ninguno pone atención a las dinámicas interaccionales entre los participantes. Es posible que talleres con estas características puedan encontrar ciertas resistencias en algunos contextos. Una aplicación piloto de un programa de este tipo en niñas de 2° y 3° medio en Concepción sugiere que una mayor atención a esos aspectos podría ser necesaria (Aburto, Rubilar, Sepúlveda & Silva, 2005). La rigidez de los protocolos es otro aspecto a considerar, si bien parece un aspecto metodológico difícil de resolver. Este punto no ha sido evaluado, con excepción del reciente estudio neozelandés de Merry et al. (2004), que mostró insatisfacción con el programa de parte de los profesores que lo aplicaron, quienes se sintieron muy limitados al no poder adaptar el taller a las características de los cursos y alumnos con los que trabajaban.

En síntesis, las potencialidades de la prevención de los trastornos mentales, en particular, de los trastornos mentales comunes como la depresión, son significativas, y son especialmente relevantes en el ámbito infantojuvenil. Para ello se requiere fortalecer programas propios de investigación que respondan a las necesidades y características de nuestra realidad.

Referencias

- Aburto, B., Rubilar, C., Sepúlveda, M. & Silva, M. (2005). *Diseño y aplicación piloto de un programa de prevención de depresión y ansiedad en adolescentes*. Seminario para optar al grado de Licenciado en Psicología. Universidad de Concepción, Concepción, Chile.
- Beardslee, W. R., Wright E., Salt, P., Drenzer, K., Gladstone, T., Versage, E. & Rothberg, P. (1997). Examination of children's responses to two preventive intervention strategies over time. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 196-204.
- Brown, G. W., Harris, T. O. & Hepworth, C. (1994). Life events and endogenous depression: A puzzle reexamined. *Archives of General Psychiatry*, 51, 525-534.
- Cardemil, E. V., Reivich, K. J. & Seligman, M. E. (2002). The prevention of depressive symptoms in low-income minority middle school students. *Prevention and Treatment*, 5, Artículo 8. Extraído el 17 de diciembre de 2005, desde: <http://journals.apa.org/prevention/volume5/pre0050008a.html>.
- Chaplin, T., Gillham, J., Reivich, K., Elkon, A., Samuels, B., Freres, D., Winder, B. & Seligman, M. (2006). Depression prevention for early adolescent girls. A pilot study of all girls versus co-ed groups. *Journal of Early Adolescence*, 26, 110-126.
- Clarke, G., Hawkins, W., Murphy, M. & Sheeber, L. (1993). School-based primary prevention of depressive symptomatology in adolescent: Findings from two studies. *Journal of Adolescent Research*, 8, 183-204.
- Clarke, G., Hawkins, W., Murphy, M., Sheeber, L., Lewinsohn, P. & Seeley, J. (1995). Targeted prevention of unipolar depressive disorder in a at-risk sample of high school adolescents: A randomized trial of a group cognitive intervention. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 312-321.
- Clarke, G., Hornbrook, M., Lynch, F., Polen, M., Gale, J., Beardslee, W., O'Connor, E. & Seeley, J. (2001). A randomized trial of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed parents. *Archives of General Psychiatry*, 58, 1127-1134.
- Clarke, G. & Lewinsohn, P. (1995). *Instructor's manual for the adolescent coping with stress course*. Unpublished manual. Oregon Health Sciences University, Portland, Oregon.
- Commission on Chronic Illness (1957). *Chronic illness in the United States*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Cova, F. (2005). Una perspectiva evolutiva de las diferencias de género en los trastornos depresivos. *Terapia Psicológica*, 23, 49-58.
- Cova, F., Valdivia, H. & Maganto, C. (2005). Diferencias de Género en Psicopatología en la niñez: Hipótesis explicativas. *Revista Chilena de Pediatría*, 76, (4) 418-424.
- Dobson, K. & Dozois, D. (2004). The prevention of anxiety and depression: Promises and prospects. En D. Dozois & K. Dobson (Eds.), *The prevention of anxiety and depression. Theory, research, and practice* (pp.283-296). Washington: APA.
- Dozois, D. J. & Dobson, K. S. (2003). *The prevention of anxiety and depression*. Washington DC: APA.
- Essau, C. (2004). Primary prevention of depression. En D. Dozois & K. Dobson (Eds.), *The prevention of anxiety and depression* (pp. 185-204). Washington DC: APA.
- Greenberg, M., Domitrovich, C. & Bumbarger, B. (2001). The prevention of mental disorders in school-aged children: Current state of the field. *Prevention & Treatment*, 4, Article 1. Extraído el 17 de diciembre de 2003, desde: <http://journals.apa.org/prevention/volume4/pre0040001a.html>.
- Gillham, J., Shatté, A. & Freres, D. (2000). Preventing depression: A review of cognitive-behavioral and family intervention. *Applied and Preventive Psychology*, 9, 63-88.
- Gillham, J. & Reivich (1999). Prevention of depressive symptoms in schoolchildren. *Psychological Science*, 10, 461-462.
- Harrington, R. & Clark, A. (1998). Prevention and early intervention for depression in adolescence and early adult life. *European Archives Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 248, 32-45.

- Harrington, R. C. (2002). Affective disorders. En M. Rutter & E. Taylor (Eds.), *Child and adolescent psychiatry*. 4ª Ed. (pp.463-485). Oxford: Ed. Blackwell.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., Kosterman, R., Abbott, R. & Hill, K. G. (1999). Preventing adolescent health-risk behaviors by strengthening protection during childhood. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 153, 226-234.
- Holden, E. W. & Black, M. M. (1999). Theory and concepts of prevention science as applied to clinical psychology. *Clinical Psychology Review*, 19, 391-401.
- Institute of Medicine (1994). *Reducing risk for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington, DC: National Academy Press.
- Izard, C. (2002). Translating emotion theory and research into preventive interventions. *Psychological Bulletin*, 128, 796-824.
- Le, H., Muñoz, R., Ippen & Stoddard, J. (2003). Treatment is not enough: We must prevent major depression in woman. *Prevention & Treatment*, 6, Article 10. Extraído el 17 de diciembre de 2003 desde: <http://journals.apa.org/prevention/volume6/pre0060010a.html>
- Merry, S., Franz, C. P., Mc Dowell, H., Wild, C., Bir, J. & Cunliffe, R. (2004). A randomized placebo-controlled trial of a school-based depression prevention program. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 5, 538-547.
- Merry, S., Mc Dowell, H., Hetrick, S., Bir, J. & Muller, N. (2003). Intervenciones psicológicas y educativas para la prevención de la depresión en niños y adolescentes. En *La Cochrane Library Plus en español*. Oxford: Update Software.
- Muñoz, R. F. (1998). *The depression prevention course (Revised edition)*. Unpublished manual. Available from the author. University of California, San Francisco, Department of Psychiatry, San Francisco General Hospital, 1001 Potrero Avenue, Suite 7M, San Francisco, CA, 94110.
- Muñoz, R. F. (2001). On the road to a world without depression. *Journal of Primary Prevention*, 21, 325-338.
- Muñoz, R., Le, H., Clarke, G. & Jaycox, L. (2002). Preventing the onset of major depression. En I. Gotlib & C. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (pp.343-359). New York: Guilford.
- Muñoz, R., Penilla, C. & Urizar, G. (2002). Expanding depression prevention research with children of diverse cultures. *Prevention & Treatment*, 5,13. Extraído el 17 de diciembre, 2003 desde: <http://journals.apa.org/prevention/volume5/pre0050013c.html>
- Offord, D. R. & Bennett, K. J. (2002). Prevention. En M. Rutter & E. Taylor (Eds.), *Child and adolescent psychiatry*. 4ª Ed. (pp.881-889). Oxford: Ed. Blackwell.
- Organización Mundial de la Salud (1993). Programas de salud mental en las escuelas. Ginebra: División de Salud Mental.
- Post, R. M. & Weiss, S. R. (1998). Sensitization and kindling phenomena in mood, anxiety, and obsessive-compulsive disorders: The role of serotonergic mechanisms in illness progression. *Biological Psychiatry*, 44, 193-206.
- Pössel, P., Horn, A., Groen, G. & Hautzinger, M. (2004). School-based prevention of depressive symptoms in adolescents. A 6-month follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 1003-1010.
- Quayle, D. & Dziurawiec, S. (2001). The effect of an optimism and lifeskills program on depressive symptoms in preadolescence. *Behavior Change*, 18, 194-203.
- Reivich, K. & Seligman, M. E. (1992). *Penn Resiliency Program for inner-city students*. Manuscrito no publicado.
- Roberts, C., Kane, P., Thompson, H., Bishop, B. & Hart, B. (2003). The prevention of depressive symptoms in rural school children: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 622-628.
- Seligman, M. E., Reivich, K., Jaycox, L. & Gillham, J. (1995). *The optimistic child*. New York: Houghton Mifflin.
- Seligman, M. E., Schulman, P., De Rubeis, R. & Hollon, S. (1999). The prevention of depression and anxiety. *Prevention and Treatment*, 2, 2-21, Artículo 8. Extraído el 17 de Diciembre de 2003 desde: <http://journals.apa.org/prevention/volume2/pre0020008a.html>
- Shochet, I., Dadds, M., Holland, D., Whitefield, K., Harnett P. & Osgarby, S. (2001). The efficacy of a school-based program to prevent adolescent depression. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 303-315.
- Spence, S. & Sheffield, J. (2000). Problem solving for life program: Preventing depression in Australian youth. *Reaching Today's Youth*, 4, 67-72.
- Spence, S., Sheffield, J. & Donovan, C. (2003). Preventing adolescent depression: An evaluation of the problem solving for life program. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 71, 3-13.
- Yu, D. L. & Seligman, M. (2002). Preventing depressive symptoms in Chinese children. *Prevention and Treatment*, 5. Extraído el 17 de diciembre de 2003 desde: <http://journals.apa.org/prevention/volume5/pre0050009a.html>

Fecha de recepción: Abril de 2005.

Fecha de aceptación: Enero de 2006.