



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Trabajo Fin de Grado

PREVENCIÓN DE DIFICULTADES EMOCIONALES EN POBLACIÓN INFANTIL Y JUVENIL

Alumno: Aurora María Simón Ruano

Tutor: Dña. Lourdes Espinosa Fernández

Dpto: Departamento de Psicología

Junio, 2016

ÍNDICE

1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE.....	Pág. 2
2. INTRODUCCIÓN.....	Pág. 3
2.1 Concepto de depresión y síntomas.....	Pág. 4
2.2 Teorías de la depresión.....	Pág. 6
2.3 Factores protectores y de riesgo.....	Pág. 8
2.4 Prevalencia.....	Pág. 11
2.5 Prevención definición y clasificación.....	Pág. 11
3. ANÁLISIS DE LOS PROGRAMAS.....	Pág. 13
3.1 Penn Resiliency Program.....	Pág. 14
3.2 Coping with Stress Course.....	Pág. 15
3.3 Interpersonal Psychotherapy Adolescent Skills Training.....	Pág. 16
3.4 Problem Solving for Life.....	Pág. 17
3.5 Resourceful Adolescent Program.....	Pág. 19
3.6 Programa Sonrisa.....	Pág. 20
3.7 Programa FORTIUS.....	Pág. 21
4. EFICACIA DE LOS PROGRAMAS.....	Pág. 23
5. PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA.....	Pág. 24
6. CONTEXTOS DE PREVENCIÓN.....	Pág. 27
7. ASPECTOS A TRABAJAR EN LA PREVENCIÓN.....	Pág. 28
7.1 Asertividad.....	Pág. 28
7.2 Emociones positivas.....	Pág. 29
7.3 Habilidades sociales.....	Pág. 30
7.4 Inteligencia emocional.....	Pág. 31
7.5 Otras actuaciones preventivas.....	Pág. 32
8. CONCLUSIONES.....	Pág. 33
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	Pág. 34

1. RESUMEN

Debido al aumento considerable de los problemas emocionales que se ha producido en los últimos años, en el presente trabajo se va a explicar qué es la depresión analizando sus principales síntomas, en concreto los que se dan en los niños/as y las principales teorías explicativas existentes. Además, se indagará en los diferentes factores protectores y de riesgo que todos los niños/as poseen así como en su elevada prevalencia tanto en la población infantil como juvenil. Posteriormente, se analizarán los principales programas preventivos existentes viendo los principales resultados encontrados, así como la eficacia tras su aplicación en la población. También, se valorará la importancia de la participación de la familia durante todo el proceso y se proporcionará algunos consejos útiles destinados a los padres. Por último, se hará referencia, de manera concreta, a aquellos aspectos que se recomiendan trabajar en la prevención y que son los que habitualmente están incluidos en los programas de prevención existentes.

Palabras clave; prevención, depresión, infantil, programa preventivo.

ABSTRACT

Due to the considerable increase in emotional problems that has happened in recent years, in this project it will be explained what depression is through the analysis of its main symptoms (particularly those that are related to children) and the main explanatory theories.

The main protective and risk factors for children and teenagers were also investigated as well as its high prevalence. Subsequently, the main prevention programs will be analyzed (taking into account their results and effectiveness) after their application in the population. The importance of family involvement is also valued for the process in order to provide some useful tips to parents.

Finally, some aspects will be studied to work on prevention such as assertiveness, positive emotions, social skills and emotional intelligence.

Keywords; prevention, depression, childhood, preventive program.

2. INTRODUCCIÓN

El conocimiento de las emociones infantiles es esencial para poder guiar el mundo de los niños (del Barrio, 2002). Los niños desde que nacen tienen afectos positivos y negativos y poco a poco con paso del tiempo van elaborando otras emociones más complejas, de modo que alrededor de los siete años el mundo emocional del niño es comparable con el del adulto con respecto al conocimiento y regulación; sin embargo, el niño va a experimentar la emoción con mayor intensidad (del Barrio & Carrasco 2009).

Tener en cuenta la dimensión emocional es fundamental dentro del desarrollo infantil, por lo que es necesario conocer más sobre los diversos problemas emocionales que pueden producirse a lo largo de la infancia, ya que éstos tendrán un efecto importante sobre el desarrollo cognitivo, social y afectivo de los niños/as (Esparza & Rodríguez 2009).

Marsh y Graham (2001), afirman que “existen continuidades a lo largo de la vida en muchas formas de psicopatología infantil. Aunque la naturaleza y gravedad de sus problemas puedan cambiar, muchos niños no superan las dificultades de la infancia”.

En los últimos años, se ha producido un aumento importante de las dificultades emocionales tanto en la población infantil como en la juvenil. Según la Organización Mundial de la Salud, la depresión se convertirá en el año 2020 en la segunda causa de incapacidad en todo el mundo. Además, se estima que a lo largo del siglo XXI aproximadamente un 25% de las personas pasará por estados de depresión.

Diversos estudios han revelado que en España hay un mayor número de personas con ansiedad y depresión. Además, se sabe que los niños y adolescentes que sufren depresión presentan una mayor probabilidad de no ser detectados. El “olvido” es injustificable si se tiene en cuenta la gravedad de las repercusiones del problema y además, un elevado número de niños/as y adolescentes no llegan a ser tratados debido a las dificultades que supone su diagnóstico (Méndez, 2002). Por esto, es necesario apoyar la prevención, la detección temprana y el tratamiento de la depresión.

2.1 Concepto de depresión y síntomas

Según Méndez, Olivares y Ros (2001), y Weinber, Rutman, Sullivan, Pencik y Dietz (1973) la depresión se define como un problema psicológico complejo caracterizado por un estado de ánimo irritable, falta de motivación y disminución de la conducta adaptativa. Incluye, también, alteraciones del apetito, del sueño, de la actividad motora, cansancio, pobre autoconcepto, baja autoestima, sentimientos de culpa, dificultades para pensar o concentrarse, indecisión, ideas de muerte o suicidio e intentos de suicidio. Los sistemas psicofisiológicos y motores son los más afectados de todos.

Además, los autores enfatizan en la repercusión negativa en los niveles personal (malestar físico, sufrimiento psicológico), familiar (deterioro de las relaciones padres e hijos), escolar, (descenso en el rendimiento académico) y social (aislamiento) (Esparza & Rodríguez, 2009).

Según el DSM-V para diagnosticar un trastorno de depresión mayor se deben cumplir los siguientes criterios:

A. Cinco o más de los siguientes síntomas han estado presentes durante un período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es: (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se deduce de la información subjetiva (se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días, como se deduce de la información subjetiva proporcionada o de la observación.

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso; o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, no se produce el aumento de peso esperado.)

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días observable por parte de otros; no es simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento.

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada que puede ser delirante casi todos los días, no es simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo.

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o con un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro tanto en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento personal.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra enfermedad médica.

Nota: Los Criterios A - C constituyen un episodio de depresión mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal ante una pérdida significativa.

Esta decisión requiere el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra enfermedad médica (APA, 2013).

Por otro lado, algunos síntomas característicos de la depresión infantil son (Del Barrio, 1997);

- Emocionales; tristeza, pérdida del disfrute, ausencia de interés, cambios bruscos de humor, falta de sentido del humor, desesperanza, irritabilidad, lloros excesivos, ausencia de interés por las cosas.
- Motores; inexpresividad, hipoactividad, letargo, enlentecimiento motor, hiperactividad.
- Cognitivos; falta de concentración, pérdida de memoria, pesimismo, indecisión, sentimientos de culpa, baja autoestima, ideas de suicidio, descenso del rendimiento.
- Sociales; aislamiento, soledad, retraimiento, incompetencia social.
- Conductuales; protestas, riñas, desobediencia, rabietas, indisciplina escolar.
- Psicosomáticos; enuresis, pérdida de energía, sentimientos de fatiga, pérdida de peso, dolores múltiples, pesadillas, cambios en el sueño y apetito.

2.2 Teorías de la depresión

Ahora, cabe destacar las principales teorías que abordan la depresión. Según Lewinsohn (1975) la depresión se produce por la pérdida o ausencia de refuerzos positivos contingentes con la conducta que realiza la persona. Para él, los fenómenos psicopatológicos primarios serían el estado de ánimo deprimido y la reducción de conductas, ambos provocados por un reforzamiento insuficiente por parte del ambiente. Por tanto, para que una depresión se produzca deberían presentarse las siguientes condiciones, bien de forma aislada o conjuntamente: primero que no existan reforzadores en el ambiente, segundo que el sujeto no posea habilidades sociales para obtener refuerzo y tercero que el sujeto no perciba los reforzadores aunque éstos existan en el ambiente.

Posteriormente, estos planteamientos iniciales fueron reformulados (Lewinsohn et al., 1985), creando un nuevo modelo integrativo en el que la ocurrencia de la depresión se considera como un producto de factores tanto ambientales como disposicionales. Así, se conceptualiza la depresión como el resultado final de cambios que son iniciados por el ambiente en la conducta, el afecto y las cogniciones. Los factores situacionales son importantes como “desencadenantes” del proceso depresivo, en cambio, los factores cognitivos lo son pero como “moderadores” de los efectos del ambiente.

En cuanto a la teoría cognitiva propuesta por Beck y la aproximación de Abramson, tratan de explicar la depresión desde una perspectiva cognitiva y de vulnerabilidad-estrés.

Por un lado, Beck et al. (1979) establecen que la vulnerabilidad depende de poseer esquemas cognitivos distorsionados, los cuales contienen actitudes negativas sobre temas de pérdida, inadecuación, fracaso, etc. Para nombrar estos aspectos vulnerables se utilizan distintos términos, tales como creencias, suposiciones, actitudes, visiones del mundo y esquemas sobre uno mismo. Cuando estos esquemas cognitivos que se encuentran en estado latente se activan por estresores vitales, se manifiestan en forma de pensamientos automáticos de tipo negativo sobre uno mismo, el mundo y el futuro. Estos tres tipos de distorsiones cognitivas es lo que se conoce con el término de tríada cognitiva negativa.

Por su parte, Seligman (1975) concluyó que “cuando el sujeto aprende que las consecuencias negativas del medio se producen independientemente de su conducta y sin contingencia con los reforzadores positivos, se desarrollará un patrón depresivo.”

Por otro lado, Abramson et al. (1978) completaron los planteamientos de Seligman a través de la teoría de la atribución, resaltando el tipo de atribuciones que la persona hace sobre la causa de su indefensión. Según dicha teoría, cuando ocurren consecuencias incontrolables, las personas atribuimos las causas según tres categorías dicotómicas: interno/ externo, estable/inestable y global/ específico. Las personas que siempre atribuyen un suceso negativo a una causa interna, global y estable presentan un estilo atribucional depresógeno que lo les hace más vulnerables a desarrollar una depresión (Sanjuán, 1999). Estas tres dimensiones determinan el efecto que tendrá sobre la autoestima, la cronicidad y la generalidad de la persona. En este modelo, Abramson propone que la clave para explicar las reacciones de indefensión aprendida está en las expectativas de incontrolabilidad, la persona no percibe contingencia entre sus respuestas y los resultados que obtiene.

Por último, en la teoría de depresión por desesperanza (Abramson, Alloy, Metalsky, Joiner & Sandin, 1997) se sugiere que el estado de desesperanza e indefensión se produce cuando los estilos cognitivos que permanecían ocultos, se activan por estresores ambientales o por diversos acontecimientos vitales negativos relevantes. En este caso, el factor de vulnerabilidad es la presencia de un estilo atribucional depresivo caracterizado por poseer una predisposición a: realizar atribuciones globales y estables sobre acontecimientos negativos, atribuir los sucesos positivos a causas externas, específicas e inestables, concluir consecuencias negativas de estos acontecimientos e inferir características personales negativas ante la ocurrencia de dichos acontecimientos.

Tanto la perspectiva de Beck como la de Abramson se apoyan en un modelo etiopatogénico de vulnerabilidad - estrés (Just, Abramson & Alloy, 2001), según el cual, las personas que presentan vulnerabilidad cognitiva tienen más posibilidad de desarrollar síntomas depresivos cuando sufren acontecimientos vitales estresantes; sin embargo, en ausencia de tales acontecimientos estresantes, estas personas no tendrían un riesgo mayor de depresión que los que son considerados no vulnerables.

Por tanto, en ambas teorías se asume que los factores cognitivos de vulnerabilidad necesitan ser “activados” por los acontecimientos estresantes para producir depresión (Vázquez & Torres, 2007).

2.3 Factores protectores y de riesgo

En la prevención de la depresión, es importante tener en cuenta tanto los factores de riesgo como los de protección.

Los factores protectores hacen referencia a aquellos recursos que pertenecen al niño, a su entorno o a la interacción entre ambos, y su función es amortiguar el impacto de los estresores, alterando o incluso invirtiendo la predicción de resultados negativos (Garmezy, 1991; Garmezy & Masten, 1994; Lazarus & Folkman, 1986). Estos factores favorecen el desarrollo de un funcionamiento adaptativo y contribuyen a crear una persona con resiliencia. Entre los factores protectores personales se encuentran la competencia social y la empatía (Cecconello & Koller, 2000), la flexibilidad, la sensibilidad, el sentido del humor, la autoestima, la capacidad de resolución de problemas (Benard, 1991), las emociones positivas (Fredrickson, 2000), etc. Entre los factores contextuales se pueden incluir el apoyo, el cuidado afectivo, el establecimiento de expectativas elevadas y las oportunidades de participación en el ámbito familiar, escolar y/o comunitario, entre otros (Benard, 1991). Es importante saber que sólo cuando los factores protectores, actúen integrados y potenciándose mutuamente podrán proporcionar un desarrollo psicológico óptimo (Oros, 2009).

En cuanto a los factores de riesgo son aquellas condiciones biológicas, psicológicas o sociales que aumentan la posibilidad de que surja una determinada conducta, situación o problema que implique en mayor o menor medida el ajuste personal y social de las personas.

Los factores de riesgo se pueden agrupar en diferentes categorías. Respecto a los riesgos familiares, la depresión en los padres se considera un factor de riesgo importante, que se asocia con la depresión en sus hijos/as. Se sabe que los hijos de padres con depresión presentan mayor probabilidad de desarrollar trastornos del humor y en concreto, la psicopatología materna se considera un predictor de la depresión en el niño. El alcoholismo familiar también se ha asociado a una mayor posibilidad de sufrir depresión. Además, el contexto familiar parece tener un papel importante en el desarrollo de la depresión. Los factores de riesgo más frecuentes son la presencia de conflictos entre los padres o las dificultades emocionales entre uno de los padres y el niño/a. Otros factores asociados son las distintas formas de maltrato como son el abuso físico, emocional, sexual y la negligencia en el cuidado, así como los eventos vitales negativos, como son el divorcio o la separación, los conflictos de los padres, la pérdida de amistades y la muerte de un familiar o amigo.

En cuanto a los riesgos en relación con el entorno, la depresión juvenil se asocia muchas veces con la existencia de conflictos interpersonales y de rechazo de los miembros de su entorno social, lo que hace que aumenten los problemas de relación social. De esta manera, los niños y adolescentes con pocos amigos presentan una mayor probabilidad de desarrollar depresión y aislamiento social.

Otros factores también asociados con la presencia de síntomas depresivos son vivir en estructuras familiares diferentes a las de los padres biológicos, problemas de salud en los adolescentes o una mala adaptación a la familia, amigos, escuela, trabajo y pareja. Además, tanto el acoso por parte de iguales como la humillación deben tenerse en cuenta. Deberían considerarse niños y adolescentes con riesgo alto de presentar depresión, aquellos que se encuentran sin hogar, los que están internos en centros de acogida, refugiados y los que presentan antecedentes de delincuencia.

Asimismo, la adicción a la nicotina, el abuso de alcohol o el consumir drogas deben ser considerados factores de riesgo.

También, hay que tener en cuenta los factores individuales como es el sexo, puesto que antes de la adolescencia, los trastornos depresivos son habitualmente iguales en niños que en niñas. Sin embargo, en la primera mitad de la adolescencia, estos trastornos son dos o tres veces más frecuentes en las mujeres.

Con respecto a los factores genéticos y bioquímicos, hasta un 20-50% de los niños o adolescentes con trastornos depresivos presentan una historia familiar de depresión u otra enfermedad mental. Sin embargo, la información disponible actualmente sugiere que los factores genéticos podrían ser menos importantes en la niñez que en la adolescencia. Los estudios realizados en gemelos indican que los síntomas depresivos podrían explicarse en un 40-70% por la presencia de factores genéticos.

Asimismo, existe evidencia que indica que alteraciones en los sistemas serotoninérgico y corticosuprarrenal podrían tener implicación en la biología de la depresión de los niños y adolescentes. También parecen existir alteraciones en los niveles de la hormona del crecimiento, prolactina y cortisol en jóvenes con riesgo de sufrir depresión.

Por último, en cuanto a los factores psicológicos se cree que el temperamento tiene una base genético-biológica, aunque la experiencia y el aprendizaje en su contexto social, pueden mediar en su desarrollo y expresión.

Asimismo, la afectividad negativa es la tendencia a experimentar estados emocionales negativos, los cuales van acompañados de características conductuales y cognitivas. Esta produce una mayor reactividad frente a los estímulos negativos y se asocia a una mayor probabilidad de trastornos emocionales, sobre todo en las niñas.

Al producirse eventos vitales estresantes, las características cognitivas asociadas a la afectividad negativa, como son los sentimientos de abandono o pérdida, la baja autoestima o un estilo cognitivo rumiativo, pueden dificultar el afrontamiento lo que aumenta la probabilidad de sufrir depresión en comparación con aquellos individuos que no poseen dichas características.

La presencia de síntomas depresivos, como son la anhedonia o los pensamientos de muerte, incrementan de forma significativa el riesgo de tener depresión mayor en los niños y adolescentes. Finalmente, aquellos con discapacidades físicas o de aprendizaje, déficit de atención, hiperactividad o alteraciones de conducta, también tienen un mayor riesgo de sufrirla (Guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y en la adolescencia, 2009).

Analizados los factores de riesgo y de protección, se debe tener en cuenta que para prevenir que aparezcan problemas emocionales en el futuro es importante proporcionar las herramientas adecuadas.

2.4 Prevalencia

La prevalencia de la depresión mayor en la población infantil general no suele exceder los siguientes valores: 0,5% para los menores de 6 años, 2,5% para los niños de 6 a 12 años y 6,5% para los adolescentes a partir de los 13 años (Méndez et al., 2001).

También, es necesario tener en cuenta los factores de riesgo de suicidio (Bustamante & Florenzano, 2013) y la repercusión que esto tiene sobre la estructura familiar y social. Alrededor del 20 % de los jóvenes se han planteado la posibilidad de poder suicidarse, esto ha hecho que aumente en un 50 % el número de suicidios entre menores de 25 años en los 10 últimos años. Asimismo, se sabe que en España se suicidan cada año alrededor de 100 adolescentes (Bisquerra, 2003).

Un hallazgo común en los estudios es la mayor prevalencia de trastornos depresivos en las mujeres (Ayuso et al., 2001; Jenkins et al., 1997; Vicente et al., 2004). Algunos autores, estiman que la prevalencia de depresión a lo largo de la vida es de 1.7 a 2.7 veces mayor en las mujeres que en los hombres (Vázquez & Torres, 2005).

Las investigaciones relacionadas con la prevalencia en la población infantil de la depresión no sólo destacan la importancia de reconocer que el diagnóstico forma parte de la prevención, sino que también demuestran que se debe tener en cuenta la variable edad de inicio, ya que constituye un factor clave a la hora de hacer pronósticos sobre la mejoría y sus efectos futuros (Esparza & Rodríguez, 2009).

2.5 Prevención definición y clasificación

Analizada la elevada incidencia de los problemas emocionales en la etapa infantil y juvenil es necesaria la aplicación de programas preventivos. La prevención dentro del ámbito de la salud mental, se refiere a una atención completa de las personas, la cual se fundamenta en una perspectiva biopsicosocial donde se interrelacionan la promoción, la prevención, el tratamiento y la readaptación. Dentro de este modelo, prevención implica tanto promover la salud, como diagnosticar y tratar de forma apropiada la enfermedad y disminuir el impacto de sus consecuencias o posibles complicaciones que puedan presentar la persona que la sufre (Vázquez & Torres, 2005).

Un programa de prevención se puede definir como un conjunto de acciones unidas y construidas a partir de la evaluación de las necesidades, buscando crear o adaptar

actividades dirigidas a la consecución de los objetivos realistas elegidos como metas del programa que se va a realizar. Estos se desarrollan en áreas donde se trabajan tanto los factores de riesgo como los de protección. Entre ellos se encuentran el dominio individual, el de grupos de pares, el familiar, el escolar y laboral, el comunitario y el socioambiental. Además, buscan introducir acciones para la detección temprana de un factor de riesgo o un trastorno en una etapa en la que aún pueda ser corregido o rehabilitado (Romero, Zárate & Zorzer, 2009).

La mayoría de los programas preventivos desarrollados se han centrado en desarrollar factores protectores a nivel individual, principalmente de tipo cognitivo, considerándose en menor medida los factores psicosociales.

En general, la prevención y los programas de intervención temprana, pretenden ser relativamente menos costosos que la intervención terciaria.

En la conceptualización clásica de la prevención se distinguen tres niveles: la prevención primaria, cuyo objetivo es reducir la aparición de un trastorno, es decir su incidencia, la prevención secundaria, cuyo objetivo es detectar lo más tempranamente posible la aparición de un trastorno, disminuyendo su impacto y la prevención terciaria, que se refiere a las intervenciones dirigidas a disminuir las repercusiones negativas de la enfermedad una vez que se ha desarrollado, es decir su rehabilitación.

Por su parte, el Instituto de Medicina de EEUU (1994) definió el concepto de prevención como las estrategias que se destinan a evitar el desarrollo de un trastorno, y propuso otra clasificación diferente con dos grandes categorías: la primera son las intervenciones preventivas universales, dirigidas a la población en general y la segunda las intervenciones específicas.

A su vez, las intervenciones específicas, pueden ser de dos tipos: intervenciones preventivas selectivas, dirigidas a los grupos de población cuyo riesgo de tener el trastorno es significativamente mayor al promedio del resto de la población, e intervenciones preventivas indicadas, dirigidas a aquellos individuos con mayor riesgo por presentar ya síntomas, pero que aún no cumplen los criterios de alteración mental (Cova, Aburto, Sepúlveda & Silva, 2006).

Según diversos estudios, es muy importante la prevención de la depresión ya que la probabilidad de recaída es mayor cuando ya se ha sufrido algún episodio depresivo completo. Un importante estudio longitudinal de Weissman et al., 1999 concluye que la depresión que se desarrolla de forma temprana tiene una continuidad en la edad adulta. Además, la depresión infantil y juvenil anuncia una patología más severa en la adultez, convirtiéndose en un trastorno recurrente en más de la mitad de las personas (Vázquez & Torres, 2007).

Los diseños de prevención deberían comprobar si los grupos de alto riesgo para el trastorno se diferencian de los de bajo riesgo en los factores implicados y si éstos se pueden modificar con una intervención preventiva. Además, sería positivo investigar diversas combinaciones de intervenciones alterando diferentes procesos y factores de riesgo.

Por último, los programas preventivos se dirigen, tanto a mejorar el entorno infantil, como a proporcionar al niño habilidades para obtener reforzamiento, manejar el estrés y pensar de forma racional. Por un lado, enriquecer el entorno del niño/a mejorando las condiciones de vida, contribuye a aumentar la satisfacción del niño/a y ahorrarle así sufrimientos. Existen dos tipos de modificaciones del medio físico y social en función de su magnitud y pueden ser macrocambios y microcambios. Asimismo, la actuación diaria del profesional se centra en los dos ambientes más relevantes para el niño, el hogar y la escuela. Por otro lado, es importante educar a niños felices y competentes, para ello es necesario aumentar la competencia personal del niño y fortalecer su resistencia frente a la depresión (Xavier, 2011).

3. ANÁLISIS DE LOS PROGRAMAS

A continuación se va a realizar una revisión de los principales programas preventivos de la depresión en la población infantil y juvenil. El objetivo de los programas preventivos es aprender un conjunto de estrategias emocionales, conductuales y cognitivas que le permitan disfrutar las situaciones favorables y afrontar con éxito las estresantes. El desarrollo de habilidades sociales, académicas, deportivas, musicales y de cualquier otro tipo aumentan las posibilidades del niño para gozar de la vida (Xavier, 2011).

3.1. Penn Resiliency Program (PRP): sus autores son Gillham, Jaycox, Reivich, Seligman y Silver (1990). La población a la que va dirigida es niños y adolescentes de 8 a 15 años. Este programa se basa fundamentalmente en el fomento del optimismo entendido como estilo explicativo, dada su relación con la depresión. Para ello, el procedimiento llevado a cabo es el entrenamiento atribucional, la resolución de problemas y las habilidades sociales. Se realiza una intervención grupal cognitivo-conductual y consta de 12 sesiones de 90 minutos.

Sus objetivos principales son sustituir pesimismo por optimismo, potenciar la toma de decisiones estratégicas y desarrollar las habilidades sociales. Especialmente, pretende proporcionar a los jóvenes las habilidades que les ayudarán a llegar hasta la adolescencia, una época donde el riesgo aumenta considerablemente. Éste se ha llevado a cabo por profesores y estudiantes graduados en psicología.

Hay que destacar que los programas de prevención de la depresión dirigidos a jóvenes en riesgo, han obtenido mayor apoyo que los programas universales (Horowitz y Garber, 2006; Merry et al., 2004, Stice et al, 2009). PRP es uno de los pocos programas de prevención de la depresión que ha sido evaluado con ambos enfoques tanto específicos como universales.

Se ha demostrado que PRP reduce significativamente los síntomas depresivos, al menos un año después de la intervención. Además, sus efectos fueron significativos tanto en los participantes de sintomatología depresiva elevada como en los de baja. Del mismo modo, es efectivo tanto en los niños como en las niñas (Sánchez, Méndez & Garber, 2014).

PRP es uno de los programas de prevención de la depresión más ampliamente investigado. Los meta-análisis indican que los jóvenes que participan en él, reducen los niveles de síntomas depresivos en comparación con los que no reciben ningún tipo de intervención. También, muestran menores niveles de síntomas depresivos a lo largo de los 12 meses de seguimiento en comparación con los jóvenes que no tienen intervención (Brunwasser, Kim, & Gillham, 2009).

Según Brunwasser, Kim and Gillham la principal prioridad en el futuro de la investigación del PRP debe ser determinar si la intervención tiene un impacto significativo en la vida de sus participantes. Los investigadores deben examinar si el programa mejora el funcionamiento adaptativo y la calidad de vida y reduce el riesgo de sufrir problemas graves de salud mental.

Además, deben evaluar los efectos de la intervención en la adolescencia, a lo largo de los años (Brunwasser, Kim, & Gillham, 2009).

Por otro lado, otros estudios han encontrado que el PRP reduce los síntomas depresivos en un periodo de dos años y medio. Asimismo, se sugiere que este programa puede tener efectos a largo plazo cuando es realizado por especialistas (Gillham et al., 2007).

3.2. Coping with Stress Course: sus autores son Clarke, Hawkins, Murphy, Sheeber, Lewinsohn y Seeley (1995). Es un programa sobre intervención psicoeducativa y cognitivo conductual dirigido a los adolescentes en riesgo de depresión, es decir, se corresponde a una modalidad de prevención específica (Martínez, Rojas & Fritsch, 2008).

La población a la que va dirigida es principalmente adolescentes con edades comprendidas entre los 13 y los 17 años, el procedimiento llevado a cabo es trabajar la reestructuración cognitiva, la relajación, la asertividad, la resolución de conflictos, la realización de actividades agradables y las habilidades sociales.

Los objetivos que persiguen son refutar pensamientos desadaptados, afrontar los estados de ánimo negativos, alcanzar acuerdos con los padres y compañeros, acabar con la pasividad y desarrollar las habilidades sociales.

La intervención está dirigida a adolescentes con padres depresivos, los cuales presentan fuertes síntomas. Esta consta de 15 sesiones de una hora en grupos de 6 a 10 participantes. En él, se les enseña a los adolescentes a identificar pensamientos irracionales, especialmente aquellos relacionados con tener un padre y/o madre depresiva. Los padres también asisten a las sesiones donde se les informa de los principales temas y de las habilidades que serán enseñadas a sus hijos/as.

En cuanto a los resultados, los autores del programa han demostrado que una intervención cognitivo-conductual grupal relativamente breve, puede tener efectos significativos en la reducción de episodios reales de depresión mayor, en adolescentes cuyo riesgo de sufrir trastornos depresivos es alto.

Además, durante el seguimiento el efecto de la intervención refleja que los adolescentes con alto riesgo para los trastornos depresivos que recibieron este programa, seguían teniendo el efecto preventivo de forma estadísticamente significativa en comparación con

el grupo sin intervención. Sin embargo, este efecto sólo se producía en aquellos adolescentes cuyos padres no estaban deprimidos en la evaluación de la línea base (Sánchez, Méndez & Garber, 2014).

En cuanto a los efectos de la intervención de Clarke et al. (2001) con 94 participantes, fueron moderados cuando finalizó el programa y al año de éste, sin embargo, desaparecieron a los 2 años de la intervención.

Por su parte, Garber et al (2009) aplicaron el programa adaptado a 8 sesiones y los efectos encontrados fueron menores, pero estables a los 9 meses (Beardslee et al., 2013).

Mejores resultados encontraron Horowitz et al. (2007) en la versión de 8 sesiones, donde el efecto fue alto para la muestra en riesgo, aunque bajo en la prevención universal. Sin embargo, para ambas muestras el efecto fue pequeño en seguimiento (Orenes, 2015).

3.3. Interpersonal Psychotherapy-Adolescent Skills Training: sus autores son Young y Mufson (2003). La población a la que va dirigida es niños y adolescentes de 11 a 16 años, con el propósito de prevenir la aparición de la depresión. El procedimiento llevado a cabo para ello, es trabajar las habilidades de comunicación y las habilidades sociales. Éste consta de 10 sesiones de 90 minutos cada una de ellas.

Este programa presenta unos objetivos principales que son afrontar transiciones vitales, resolver disputas interpersonales y superar déficits interpersonales.

Con respecto a los resultados, los autores muestran que con este programa se produce una reducción inmediata de los síntomas de la depresión y una mejora en el funcionamiento general. Sin embargo, los beneficios no son consistentes más allá de los 6 meses de seguimiento. Por lo tanto, sería beneficioso la combinación de este método con los enfoques más tradicionales cognitivo-conductual (Sánchez, Méndez & Garber, 2014).

Por otro lado, un factor importante a tener en cuenta es la participación de los padres en las sesiones. Aunque los adolescentes que participaron mostraban mejores resultados que los controles, el beneficio concreto de la intervención de los padres no está claro, ya que su colaboración no produjo unos efectos preventivos más fuertes. Se necesita más investigación sobre la posibilidad y los beneficios que tiene el incluir a los padres en los programas de prevención.

Los padres asistieron a casi dos tercios de las sesiones, esto a menudo requiere una reprogramación de las reuniones y puede que sea difícil llevarse a cabo en la práctica ordinaria. Los datos sugieren que la participación de los padres puede tener un impacto en los síntomas de la depresión, tras la intervención. Sin embargo, es difícil de explicar si fue la participación de los padres o la atención adicional hacia los adolescentes lo que era beneficioso.

La aplicación de este programa es efectiva tanto para reducir los síntomas de la depresión (efecto del tratamiento) como en la prevención de la aparición de la depresión (efecto de prevención) a corto plazo. Sin embargo, los beneficios no se mantuvieron a los 12 meses de seguimiento. Aunque es importante que los efectos de prevención hubieran persistido, los efectos a corto plazo sí que pueden tener un impacto significativo en el rendimiento escolar, el funcionamiento social y en las tareas de desarrollo de los adolescentes. Este al igual que ocurre con muchos programas preventivos tienen buenos efectos a corto plazo pero escasos a largo plazo.

Los estudios han encontrado que el tratamiento cognitivo-conductual reduce la probabilidad de recaída de la depresión y acelera la recuperación entre los adolescentes que aún no se han recuperado totalmente después del tratamiento. Del mismo modo, las sesiones de refuerzo pueden ampliar los efectos de las intervenciones preventivas (Young, Mufson & Gallop, 2010).

3.4. Problem Solving for Life (PSFL): sus autores son Spence, Sheffield y Donovan (2003). La población a la que va dirigida es adolescentes de 13 a 15 años, para prevenir la depresión. Consta de 8 sesiones de 45 o 50 minutos donde se trabaja la reestructuración cognitiva y la resolución de problemas, para enseñar a los adolescentes a refutar pensamientos desadaptados y afrontar adecuadamente los problemas (Sánchez, Méndez & Garber, 2014).

Es un programa de prevención universal, realizado por profesores los cuales reciben 6 horas de entrenamiento y se aplica a toda una clase de 25 a 35 alumnos de 8º grado. Sus resultados a corto plazo indicaron que los participantes mostraban una reducción significativa en los síntomas depresivos, sin embargo, las diferencias con el grupo control no se mantuvieron en los seguimientos a 1, 2, 3 y 4 años (Martínez, Rojas & Fritsch, 2008).

El desarrollo de la depresión en la adolescencia está influenciado por la interacción de factores tanto biológicos como psicológicos y ambientales. Los participantes en el PSFL de alto riesgo (aquellas personas que cumplían los criterios del DSM-IV) tras la aplicación del programa mostraron reducciones significativamente mayores de los síntomas depresivos en comparación con el grupo control. Con esto se deduce, que la intervención puede haber actuado como un amortiguador frente a los niveles de depresión.

Después de la intervención, el grupo de alto riesgo mostró un aumento en la solución de problemas. Además, se observó una reducción en la orientación negativa y en las estrategias de evitación para la resolución de problemas. Hay cierta evidencia que sugiere, que las mejoras en la resolución de problemas se asociaron con reducciones en los síntomas depresivos.

Por un lado, dado que la prevalencia de la depresión aumenta con la edad (Clarke et al., 1995), es posible que las intervenciones preventivas pueden ser más eficaces si se realizan a mediados de la adolescencia, puesto que la prevalencia más alta de la depresión se produce en la adolescencia tardía.

Por otro lado, es posible que la prevención efectiva a largo plazo de la depresión requiera de un mayor número de sesiones, un formato de grupo pequeño dirigido por un profesional altamente capacitado de salud mental y con un mayor nivel de formación en las técnicas cognitivo-conductuales del programa.

Tras la aplicación del programa PSFL y realizando una intervención relativamente breve, se produjeron reducciones significativas a corto plazo en los síntomas depresivos y mejoras en la resolución de problemas en aquellas personas situadas en el grupo de alto riesgo, puesto que cumplían los criterios de depresión.

Los resultados sugieren que una breve intervención cognitivo-conductual puede provocar a corto plazo, cambios en los síntomas depresivos y mejorar las habilidades de resolución de problemas, aunque estos beneficios no se mantuvieron a largo plazo. Es posible que los estudiantes de alto riesgo puedan necesitar una intervención más prolongada y en grupos más pequeños, para lograr efectos duraderos a lo largo del tiempo en la prevención de la depresión.

En la interpretación de los resultados de la aplicación del programa es importante tener en cuenta el impacto que tienen los abandonos. Aunque este programa posee una

serie de limitaciones también presenta varios puntos fuertes, entre ellos que el tamaño de la muestra es relativamente grande ya que se realiza el estudio sobre una clase entera y además, se realiza en un contexto natural como es el colegio (Spence, Sheffield & Donovan, 2003).

3.5. Resourceful Adolescent Program: sus autores son Shochet, Dadds, Holland, Whitefield, Harnett y Osgarby (2001). La población a la que va dirigida es adolescentes de 12 a 15 años. Con este programa se pretende prevenir la aparición de la depresión. Para ello, el procedimiento utilizado es la reestructuración cognitiva, la resolución de problemas, el entrenamiento en habilidades de comunicación y habilidades sociales. Éste consta de 11 sesiones de 40 a 50 minutos cada una de ellas.

Sus objetivos principales son refutar pensamientos desadaptados, saber enfrentarse adecuadamente a los problemas, promover la armonía con padres y compañeros y evitar conflictos con padres y compañeros.

Es un programa formado por tres componentes que promueven factores protectores individuales, familiares y escolares. Está diseñado para una aplicación universal en los colegios. El componente familiar el cual consiste en el trabajo de tres temas no ha demostrado grandes efectos, sin embargo, no se puede descartar que sea útil dada la baja asistencia de los padres a las sesiones. En cuanto al componente escolar que consiste en seminarios a los profesores con sesiones de seguimiento aún no ha sido evaluado (Martínez, Rojas & Fritsch, 2008). En este programa participan adolescentes tanto de nivel subclínico como un grupo sano.

En cuanto a los resultados de la aplicación del programa, dos de las tres medidas registradas del autoinforme de sintomatología depresiva fueron significativamente menores en el grupo que recibe tratamiento que en el grupo control, tanto en el post-test como a los 10 meses de seguimiento, siendo éste aplicado por profesionales de salud mental. En cambio, cuando fue llevado a cabo por profesores no obtuvo los mismos resultados (Sánchez, Méndez & Garber, 2014).

Aunque este programa fue especialmente útil para los adolescentes del nivel subclínico también se beneficiaron de él el grupo sano. El 75% de los adolescentes del grupo de subclínica cambiaron a la categoría saludable.

A partir de los resultados obtenidos, se puede concluir que los efectos del programa se pueden explicar principalmente por la intervención dirigida hacia los adolescentes. Además, se observó que el separarlos de su grupo de iguales podía ser negativo para el adolescente.

El programa ha sido valorado positivamente en general y todos los componentes del programa se clasifican más de forma positiva que negativa. Los resultados son buenos teniendo en cuenta el valor del funcionamiento de un programa basado en la escuela universal para prevenir la depresión en los adolescentes (Shochet, Dadds, Holland, Whitefield, Harnett & Osgarby, 2001).

3.6. Programa Sonrisa: creado por Erica Pitman, para niños de 8 a 16 años los cuales tienen un padre o un hermano que presenta un problema de salud mental (es decir, tienen esquizofrenia, un trastorno bipolar o depresión).

Está diseñado en base al estudio de los factores de riesgo y de protección de la depresión, en el marco teórico de la psicología positiva, utilizando técnicas psicológicas con el objetivo de fomentar el bienestar y el progreso personal (optimismo, educación emocional, curiosidad para el cambio positivo, flow) (Sánchez, Méndez & Garber, 2014).

Éste pretende proporcionar una educación apropiada a la edad del niño sobre lo que es la enfermedad mental, enseñándole habilidades para la vida mejorando con ello la capacidad de los niños para hacerle frente de manera más eficaz y aumentar su capacidad de recuperación, mejorar la auto-expresión y la creatividad de los niños, aumentar su autoestima y reducir sus sentimientos de aislamiento.

Los objetivos se logran a través de la educación sobre la enfermedad mental, realizando ejercicios de comunicación, resolución de problemas, obras de arte, música, ejercicios interactivos y de relajación y el apoyo entre iguales.

El Programa Sonrisa se llevó a cabo durante 3 días consecutivos comenzando a las 9 am y finalizando a las 3 pm por lo general, durante las vacaciones escolares.

En el primer día las actividades incluyen dibujos de la familia y ejercicios de comunicación, educación sobre la enfermedad mental y ejercicios para ayudar a relajarse durante momentos de estrés. Además, hay juegos y pueden cantar para añadir un poco de diversión y nuevas vías para su auto-expresión. En el segundo día, se continuó la educación sobre la salud mental y la enfermedad, junto con más ejercicios de

comunicación, ejercicios para reducir el estrés y los juegos de resolución de problemas. Al tercer día, se repiten las actividades de los dos días anteriores pero con variaciones, así como una historia de sentimientos para ayudar a los niños a identificar y comunicar las emociones que sienten.

En los tres días las actividades se combinan tanto con juegos como con actividades para que sea agradable para los niños.

Con la aplicación de este programa, se encontró una reducción significativa de la sintomatología depresiva en el grupo experimental en comparación con el grupo control, tanto en los autoinformes de los adolescentes como en los informes de los padres al terminar la intervención. Sin embargo, no se hallaron efectos significativos a los 8 y 12 meses de la aplicación del programa. El grupo experimental superó a los controles cuatro meses después de la intervención preventiva en bienestar psicológico y ocho meses después, en autoconcepto familiar y creatividad (Sánchez, Méndez & Garber, 2014).

Los comentarios positivos por parte de los niños, junto con los de sus padres, son indicadores importantes de los beneficios que tiene este programa (Pitman & Matthey, 2004).

3.7. Programa FORTIUS: sus autores son Méndez et al., (2013). El programa está formado por 12 sesiones de 50 a 60 minutos de duración, más 2 sesiones de fortalecimiento al mes y otra a los 3 meses. En las aplicaciones del programa las 12 sesiones habitualmente se llevan a cabo una por semana, pero puede aplicarse de forma intensiva realizando dos sesiones a la semana o extensiva llevando a cabo una sesión cada 2 semanas. El programa está dirigido para niños de 3º y 6º de primaria, pero con ligeras adaptaciones también es adecuado para más mayores de 1º y 2º de la ESO.

Tiene como objetivo hacer más fuerte psicológicamente al niño, con el aprendizaje de capacidades que le ayuden a sentir, actuar y pensar más beneficiosamente.

FORTIUS comprende 3 bloques: 1) Fortaleza emocional, 2) Fortaleza conductual y 3) Fortaleza cognitiva.

En el primer bloque se trabaja comprender la necesidad de las emociones negativas y cómo controlarlas a través de diferentes técnicas como son la relajación progresiva, la respiración diafragmática y la visualización.

El segundo bloque, llamado fortaleza conductual, comprende el área interpersonal y personal. Con la creación de habilidades sociales y la escucha activa realiza la primera, y a través de la organización de la agenda lo que comprende la planificación de estudio y tiempo libre, la segunda.

Por último, la fortaleza cognitiva se logra por medio de la detección y reestructuración de pensamientos negativos, la resolución de problemas, la toma de decisiones y las autoinstrucciones.

Asimismo, para los niños de edades comprendidas entre los 8 y 13 años se trabajan las emociones de ansiedad y tristeza, realizando intervenciones de terapia y prevención. Sus componentes principales son: relajación, reestructuración, resolución, autocontrol, habilidades sociales y actividades agradables.

FORTIUS también lleva a cabo una sesión dirigida a los padres cuyo objetivo es presentar los contenidos y la utilidad del programa, fomentar la implicación y colaboración de los padres y solicitar su consentimiento informado.

El programa puede ser realizado por psicólogos y maestros, pero también lo puede hacer cualquier persona con experiencia en ello como son profesores, pedagogos, orientadores, educadores sociales, trabajadores sociales, etc.

Las sesiones siempre van a comenzar revisando la tarea asignada para casa, excepto en la primera sesión donde se realiza la presentación del programa y finalizan realizando una actividad divertida, excepto en la sesión 12 donde se hace una fiesta.

Al final de la sesión se lleva a cabo la tarea divertida, la cual cumple una doble función. La primera es acabar la sesión con “buen sabor de boca” ya que proporciona un cierre gratificador. También, supone un reforzador importante que promueve un comportamiento adecuado de los participantes, ya que cuando los alumnos mantienen el orden y permiten un buen funcionamiento de la sesión, el tiempo para la actividad divertida es mayor.

Por último, FORTIUS obtiene una valoración de 8 sobre 10 por parte de los participantes y monitores, por lo que se deduce que es considerado muy bueno, valioso y útil por parte de los escolares y monitores donde se ha realizado (Orenes, 2015).

4. EFICACIA DE LOS PROGRAMAS

Tras analizar los principales programas preventivos de la depresión, es importante conocer la eficacia de los mismos, para ello se analizan algunos datos relacionados:

Se ha demostrado que los programas específicos producen mayores efectos que los programas universales tanto en la evaluación post intervención como en el seguimiento a los 12-17 meses. Hay que tener en cuenta que es más difícil motivar para la prevención que para el tratamiento.

La depresión es más frecuente en mujeres que en hombres y esta diferencia se va acentuando a partir de la adolescencia. Es necesario considerar la mayor eficacia en aquellas muestras con mayor proporción de mujeres y en aquellos programas que se han aplicado a adolescentes de mayor edad, es decir mayores de 15 años.

En cuanto a la cultura se ha encontrado mayor eficacia en aquellas muestras con mayor proporción de participantes pertenecientes a minorías étnicas, a pesar de que esta situación es un factor de riesgo para la aparición de la depresión.

Teniendo en cuenta el contenido del programa las revisiones de los diversos estudios sugieren que el desarrollo de habilidades cognitivas, el abordaje interpersonal y la inclusión de los padres son importantes mecanismos para que se produzca el cambio.

En cuanto al número, duración y frecuencia de las sesiones se ha encontrado mayores efectos en los programas de más de 8 sesiones y de 60 a 90 minutos de duración, no importando tanto la duración del programa o la distribución de sus sesiones.

En relación con el tamaño del grupo, no existen diferencias significativas aunque es probable que en grupos muy grandes sea más difícil poder controlar y lograr que todos los participantes presten atención.

Teniendo en cuenta la metodología, se han buscado formas de favorecer el aprendizaje mediante metodologías que aumenten la participación y que favorezcan la asimilación de los conocimientos para poder ser aplicados en la vida diaria. Es así como la mayoría de los programas se basan en una metodología participativa.

Los programas han sido aplicados principalmente de manera presencial, aunque los resultados de la eficacia de los programas preventivos desarrollados a través de Internet también han sido positivos.

Además, en el seguimiento se ha encontrado que los programas implementados por profesionales de salud mental son más eficaces que los realizados por los profesores.

Aunque los programas que combinan la participación de profesionales de salud con la de personal no especializado también obtienen buenos resultados (Martínez, et al. 2010).

Asimismo, las intervenciones preventivas deben ser lo suficientemente cortas para ser prácticas, pero lo bastante largas como para producir efectos a largo plazo en la conducta (Mrazek & Haggerty, 1994).

Por último, en cuanto a los ensayos realizados por Clark et al., 2001 indican que es posible prevenir el comienzo de la depresión mayor en adolescentes de alto riesgo. Para ello, se ha planteado la realización de talleres que 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 y autoinstrucciones (Cova, Aburto, Sepúlveda & Silva, 2006).

5. PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA

Un aspecto clave en la prevención de problemas emocionales es la implicación de la familia del niño/a. Por un lado, el estudio de Beardslee et al., 1997, el cual se centra en la familia como una unidad que cambiar. Su objetivo es aumentar la comprensión de los padres sobre la depresión y los efectos de ésta en ellos y sus hijos. Las intervenciones llevadas a cabo por estos autores, pretenden fomentar la comunicación entre los miembros de la familia y aumentar la comprensión de los niños de la depresión de sus padres, reduciendo así el sentimiento de culpa de los padres.

Los resultados se asociaron con cambios positivos en las conductas y actitudes de los padres con respecto a sus hijos, mejoras en la familia en general y disminución de los síntomas depresivos en los niños.

Además, se asoció con una mayor comprensión por parte de los niños del trastorno de sus padres y mejora de la comunicación entre los niños y padres. Los efectos de la intervención se mantuvieron a 2,5 y 4 años de seguimiento.

Por otro lado, en cuanto al trabajo de Sandler et al., 1992 se pone de relieve la importancia de intervenir con las familias durante momentos de estrés y sugiere que las intervenciones que involucran a toda la familia pueden tener importantes cambios en ella. Además, se sugiere la posibilidad de que los efectos de la intervención puedan emerger

gradualmente a lo largo tiempo, y que los efectos de las estrategias de la intervención pueden variar por sexo (Gladstone & Beardslee, 2009).

Por lo tanto, otro aspecto importante cuando se analiza un programa de prevención de la depresión es tener en cuenta la participación de la familia en la prevención de los problemas emocionales en los niños/as.

Un aspecto importante es la cooperación entre los terapeutas y los padres ya que mejoran la calidad de la intervención. Para ello hay que:

- ✓ Establecer un ambiente familiar que contribuya al desarrollo, para ello, optimizar el medio del niño es un factor clave para un desarrollo positivo.
- ✓ Fortalecer la competencia de los padres en la intervención temprana, respecto a las interacciones familiares.
- ✓ Fomentar la comunicación e interacción entre padres e hijos. A los padres se les ha de ofrecer ayuda a través de consultas, sesiones conjuntas de tratamiento y de orientación.
- ✓ Orientación a los padres sobre su hijo y la perspectiva de su desarrollo futuro, la orientación comprensiva a los padres por parte del terapeuta se considera la forma más eficaz de aportarles ayuda.
- ✓ Es importante la implicación de los padres en el proceso de la terapia, su participación e intercambio de experiencias y el reconocimiento de los aspectos positivos y fuertes del niño.
- ✓ Tanto las estrategias de la intervención temprana como las medidas individuales para llevarlas a cabo, se pueden dialogar y razonar con los padres, implicándoles en el proceso de búsqueda de soluciones, sin que las estrategias sean impuestas por el terapeuta (Peterander).

Además, es necesario un enfoque familiar que contribuya al tratamiento eficaz y conocer lo que los padres esperan conseguir de la intervención temprana.

- ✓ Orientación familiar: el progreso viene determinado por el ambiente familiar y su implicación en la terapia mejorará las probabilidades de éxito.
- ✓ Partidarios de objetivos terapéuticos centrados en el niño.
- ✓ Énfasis en la importancia de los grupos de apoyo de padres, para ver los efectos en los hermanos y la familia y para desarrollar formas de relación y comunicación que contribuyan al desarrollo del niño.

- ✓ Identificación de formas beneficiosas de la cooperación.
- ✓ Oportunidades para aprender en las sesiones, mediante el aprendizaje de las actividades que son parte de la terapia, por medio del diálogo con el terapeuta y con otros padres sobre el tratamiento de su hijo y sobre su propio comportamiento.
- ✓ Voluntad para cooperar, participando dentro de las sesiones y desarrollando actividades con sus hijos fuera de ellas (Peterander).

Asimismo, teniendo en cuenta que la colaboración de los padres es fundamental para prevenir y tratar la depresión infantil, se va a proporcionar algunos consejos útiles para ellos (Del Barrio, 2007);

1. Instruya con su ejemplo; sonría, muéstrese de buen humor, disfrute de su tiempo libre y sus vacaciones, piense en voz alta de forma reflexiva...
2. Ayude a su hijo a divertirse y sentirse bien, para ello programe actividades agradables y divertidas, sorpréndale con planes novedosos y atractivos, acentúe sus logros, tenga en cuenta sus preferencias...
3. Evítele sufrimientos innecesarios; cuide de su salud, prepárelo para situaciones estresantes...
4. Promueva la armonía familiar; manifiéstele su cariño tanto con palabras como con hechos, fomente la comunicación familiar...
5. Edúquelo con afecto y coherencia; actúe de común acuerdo con su pareja, establezca normas de conducta razonables y pida su cumplimiento, sea comprensivo y flexible, colabore con el colegio...
6. Potencie sus cualidades, aficiones y hobbies; inscríbalo en un gimnasio o club, despierte su interés por la lectura, la música, el cine, el teatro, las manualidades, anímele a experimentar experiencias enriquecedoras.
7. Entrénelo para tolerar la frustración; no permita sus demandas irracionales, ignore sus rabietas, enséñele a respetar su turno, demore progresivamente la gratificación, haga que comparta sus juguetes y pertenencias...
8. Hágalo responsable, no culpable; valore su esfuerzo, fije objetivos realistas y felicítelo por alcanzarlos...
9. Elabore un estilo cognitivo racional; evite las etiquetas y el lenguaje absolutista, utilice el método socrático, en vez de facilitarle la solución hágale pensar, converse con él, debata sus ideas y creencias irracionales...

10. Fortalezca su autonomía; enséñele destrezas básicas, dele la oportunidad de que practique, ayúdele todo lo necesario pero no le resuelva sus problemas, permítale participar progresivamente en la toma de decisiones...

Por último, es necesario potenciar la salud psicológica de los padres y educadores ya que se sabe que la psicopatología en los padres, es un elemento de riesgo para la adaptación y ajuste de los niños/as. Por tanto, el cuidado de la salud psicológica de los padres es un elemento básico de prevención para proteger la salud de los niños. Los padres deben atender a sus necesidades y poseer un grado de bienestar y satisfacción vital para poder desempeñar con eficacia la crianza de los hijos/as. Para alcanzar la satisfacción personal es importante la conciliación de la vida familiar y laboral, la adecuada gestión del tiempo y la dedicación a las propias aficiones, metas y deseos personales. Todo ello, repercutirá positivamente en la cantidad y calidad de la dedicación a los hijos/as.

Aquellos padres con problemas psicológicos que quieran ayudar a prevenir las dificultades de sus hijos/as deben buscar la atención profesional adecuada para que les ayude a superar sus problemas (Barrio & Carrasco, 2013).

6. CONTEXTOS DE PREVENCIÓN

Los programas de prevención suelen realizarse en la familia o en la escuela, ambos contextos parecen ser los más indicados puesto que los niños/as pasan la mayor parte de su tiempo en ellos (Barrio & Carrasco, 2013).

- a) Prevención en la familia; permite incidir en sus hijos desde los primeros años de vida, lo que garantiza una intervención más precoz y poder ejercer sus efectos de forma más continuada a lo largo de la vida del niño. La instauración de conductas y orientaciones adecuadas en los padres posibilita una acción preventiva continuada. La familia es el contexto inicial donde el niño crece y crea sus primeros vínculos afectivos por lo que es uno de los contextos más indicados para llevar a cabo la prevención. Los factores familiares específicos sobre los que la prevención debe incidir fundamentalmente son; identificación precoz de los síntomas de depresión en los niños y adolescentes por parte de sus padres, la salud psicológica de las figuras

parentales, los hábitos de crianza y estilos educativos en la familia y el afrontamiento de acontecimientos vitales negativos.

- b) Prevención en la escuela; la escuela es otro de los contextos en los que el niño pasa gran parte de su tiempo y permite no solo incidir sobre el niño sino también sobre el grupo y las interacciones entre los compañeros. Además, los profesores cuentan con una formación especializada y un conocimiento sobre el desarrollo infanto-juvenil que facilita la intervención con ellos. Los programas actuales presentan una perspectiva psicosocial y un marco multinivel que engloba a profesores, estudiantes, compañeros, organización y clima de clase... Los profesores deben conocer los síntomas característicos de una posible depresión y en el caso de detectarlos contactar de inmediato con sus padres.
- c) Contexto social y comunitario; puede realizarse desde los servicios públicos o privados de atención primaria o desde las instituciones gubernamentales mediante la elaboración de políticas sociales de apoyo y programas de acción para incrementar los factores de protección y la fortaleza en aquellos grupos de alto riesgo.

7. ASPECTOS A TRABAJAR EN LA PREVENCIÓN

Se ha investigado la importancia de trabajar la asertividad, las emociones positivas, las habilidades sociales y la inteligencia emocional como herramientas que ayudan a prevenir o amortiguar los problemas emocionales en la infancia.

7.1 Asertividad

Se ha estudiado la importancia de entrenar en asertividad como forma de prevenir la depresión. Por esto, es importante: promover la comunicación intragrupo y las interacciones amistosas, estimular la capacidad de cooperación, facilitar la identificación, comprensión y expresión de emociones, identificar percepciones y prejuicios y aprender técnicas de análisis y resolución de conflictos.

Con el fin de potenciar la asertividad se realizan diversas técnicas de dinámica de grupos para el desarrollo de la acción como son: juegos de comunicación, cooperación, dramatización, dibujo, pequeños grupos de discusión, torbellino de ideas, frases incompletas, estudio de casos, rol-playing... y otras técnicas de estimulación y regulación de la discusión o debate como la discusión guiada.

Además, se ha evidenciado los efectos positivos de las intervenciones que estimulan el desarrollo de diversas habilidades sociales, mediante la realización de actividades de interacciones sociales amistosas y cooperativas en el contexto del grupo de iguales (Garaigordobil, 2001).

7.2 Emociones positivas

Además, de la asertividad, las emociones positivas según Fredrickson (2000) pueden optimizar la salud, el bienestar subjetivo y la resiliencia psicológica. Además, favorecen que se produzca un razonamiento eficaz, flexible y creativo.

Experimentar afectos positivos incrementa la flexibilidad cognitiva, además de facilitar la resolución creativa e innovadora de los problemas y favorecer un procesamiento eficaz de la información favoreciendo con ello, el desarrollo de ciertas funciones ejecutivas (Ashby et al., 1999; Phillips, Bull, Adams, & Fraser, 2002). Al mismo tiempo, se aumenta la habilidad de la persona para organizar las ideas y para proponer múltiples alternativas para llevar a cabo tareas específicas (Ashby et al., 1999). Por tanto, quienes experimentan con frecuencia emociones positivas tienen más facilidad para planificar y establecer metas a largo plazo (Fredrickson, 2005).

Por un lado, las emociones positivas no sólo permiten que los niños/as evalúen las circunstancias adversas de forma más positiva sino que además facilitan la utilización de estrategias adaptativas para poder enfrentarlas. La experiencia de estas emociones, previene la inmovilización frente a las dificultades, facilitando que los niños puedan hacer algo productivo ante esa amenaza.

Por esto, se puede decir que quienes poseen emociones positivas como son el optimismo, la tranquilidad, el interés, el entusiasmo y la satisfacción, son aquellas personas que emplean estrategias de afrontamiento más funcionales. Asimismo, dichas emociones previenen la utilización de intentos poco productivos para manejar la tensión, tales como el aislamiento o la descarga emocional inadecuada.

Fredrickson (2005) afirma que las emociones positivas amplían el repertorio de pensamientos y conductas, proporcionando recursos para el afrontamiento que se mantienen a lo largo del tiempo. Además, hay que considerar que los afectos positivos se relacionan con la conservación de los esfuerzos para alcanzar objetivos.

Por otro lado, el fortalecimiento de los vínculos de amistad con sus iguales y del vínculo entre padres e hijos es muy importante, ya que se sabe que los niños atribuyen su alegría a tener unas relaciones cercanas satisfactorias.

Rutter (1985) sostiene que no es suficiente identificar los recursos, además es necesario crear o fortalecer aquellos mecanismos protectores, siendo este el objetivo principal de las estrategias desarrolladas para la intervención preventiva (Oros, 2009).

7.3 Habilidades sociales

Asimismo, otro aspecto importante a considerar es que las habilidades sociales en los niños favorecen su adaptación social y disminuyen la posibilidad de que ocurran problemas de salud mental infantil. El poseer habilidades sociales les permite un mayor ajuste psicológico a su ambiente, por esto, se las considera un recurso protector.

Las habilidades sociales son un medio apropiado de protección y promoción de la salud, ya que las relaciones sociales favorecen la adaptación, la aceptación de los otros, los refuerzos positivos y el bienestar del sujeto (Crespo, 2006 & Prieto, 2000). Estas actuarían como un factor protector para el logro de la salud en la adolescencia y adultez.

Según Caballo (2005), las habilidades sociales son un conjunto de conductas que permiten a la persona desarrollarse en un contexto individual o interpersonal expresando sus sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a cada situación.

Además, hay que considerar el papel positivo que tienen las interacciones sociales en la promoción de un estado de bienestar y en la prevención de la enfermedad mental.

Wentzel, Baker y Russell (2009) sostienen que aquellos niños que disfrutaban de relaciones positivas con sus compañeros experimentan niveles más altos de bienestar emocional, tienen una visión más segura de sí mismos, valoran las formas de comportamiento prosocial y sus interacciones sociales son más fuertes, duraderas y adaptadas que las de los niños sin relaciones positivas con los demás.

Las habilidades sociales son comportamientos aprendidos y no características de la personalidad, por lo que el contexto y los programas de intervención positivos resultan fundamentales para el desarrollo de comportamientos sociales durante la infancia.

Las habilidades sociales nos proporcionan salud y su práctica favorece el incremento de fortalezas psíquicas en la infancia. De este modo, se destaca el valor que tienen las interacciones sociales positivas para la adaptación, para generar apoyo social y para desarrollar la felicidad (Betina, 2011).

7.4 Inteligencia emocional

Para otros autores, uno de los aspectos importantes a trabajar con los niños y jóvenes para prevenir los problemas emocionales es la inteligencia emocional.

Mayer, Salovey y Caruso (2000) conciben a la inteligencia emocional como un modelo de cuatro partes relacionadas: 1) Percepción emocional: las emociones son percibidas y expresadas. 2) Integración emocional: las emociones que sentimos entran en el sistema cognitivo como señales e influyen a la cognición (integración emoción y cognición). 3) Comprensión emocional: en las relaciones interpersonales las señales emocionales son comprendidas, esto significa entender y razonar sobre las emociones. 4) Regulación emocional: los pensamientos promueven el crecimiento emocional, intelectual y personal.

El punto de vista de Goleman (1995) probablemente sea el que se haya difundido más. Recogiendo las aportaciones de Salovey y Mayer (1990), considera que la inteligencia emocional es:

- 1) Conocer las propias emociones: tener conciencia de ellas para reconocer un sentimiento en el momento en que nos ocurre.
- 2) Manejar las emociones: controlar los propios sentimientos para que se expresen de forma apropiada, esto se fundamenta en la toma de conciencia de las propias emociones.
- 3) Motivarse a sí mismo: una emoción tiende a impulsar una acción. Por eso, las emociones y la motivación están muy conectados. El autocontrol emocional tolera retrasar las gratificaciones y dominar la impulsividad, lo cual favorece el logro de muchos de nuestros objetivos.
- 4) Reconocer las emociones de los demás: la empatía se basa en el conocimiento de las propias emociones. Las personas empáticas se adaptan mejor a las señales que indican lo que los demás necesitan o desean.

5) Establecer relaciones: establecer buenas relaciones con los demás es la habilidad de manejar sus emociones. La competencia social y las habilidades que tienen son la base del liderazgo, la popularidad y la eficiencia interpersonal (Bisquerra, 2003).

Por ello, trabajar la inteligencia emocional es de suma importancia, para esto se pueden realizar actividades desde edades tempranas tales como; actividades de relajación y respiración, actividades para conocer y expresar nuestros sentimientos, actividades para mejorar la autoestima, actividades para mejorar el autoconocimiento y actividades para mejorar tanto la comunicación verbal como la no verbal (Dris, 2010).

7.5 Otras actuaciones preventivas

Además de todas las anteriores, otras actuaciones preventivas que podemos llevar a cabo son (Barrio & Carrasco, 2013);

- a) Enseñar a afrontar adecuadamente los acontecimientos y experiencias negativas, para ello es necesario la modificación de la percepción del acontecimiento vivido y la instauración de estrategias de afrontamiento y manejo activo de las situaciones.
- b) Incrementar la percepción de autoeficacia y autoestima.
- c) Promover la autorregulación emocional.
- d) Establecer un pensamiento adaptativo, para ello hay que enseñar a atender a lo positivo y almacenar y recordar experiencias agradables y placenteras y favorecer la instauración de pensamientos adecuados.
- e) Transmitir optimismo y actitudes positivas.
- f) Potenciar el bienestar psicológico en el niño.
- g) Enseñar habilidades interpersonales positivas, como son; habilidades comunicativas, empatía, autocontrol emocional y conductual, respeto y cumplimiento de las reglas, resolución pacífica de los conflictos con compañeros y amigos, prosocialidad y altruismo, habilidades para hacer amigos, sentido del humor.
- h) Educación emocional.
- i) Promover aficiones y actividades lúdicas y de ocio.
- j) Promocionar la integración en un grupo de compañeros y amigos.
- k) Proporcionar un clima familiar positivo.
- l) Instaurar un estilo educativo autorizado.

8. CONCLUSIONES

Las dificultades emocionales en la infancia, entre las que se encuentra la depresión, son un problema que cada vez afecta a un número mayor de niños y niñas. La intervención temprana y la prevención son claves para reducir o incluso evitar las consecuencias negativas que supone para un niño o adolescente sufrir un problema emocional.

Para ello, desde hace tiempo se han realizado numerosos esfuerzos en la investigación y creación de programas preventivos que pueden aplicarse sobre una población en concreto que tenga más riesgo de sufrir depresión o también sobre la población en general no solo como prevención sino también para proporcionar las estrategias adecuadas para afrontar el día a día.

Un aspecto clave sería potenciar los factores protectores que todos los niños/as poseen e intentar reducir o eliminar aquellos factores de riesgo existentes que facilitan la aparición de dificultades emocionales.

Los resultados encontrados tras la aplicación de estos programas han sido en general positivos por lo que en el futuro un aspecto clave a trabajar sería la implementación, ya sea desde casa o desde el colegio, de estos programas al mayor número de niños y niñas posible. Sería recomendable prestar especial atención a las niñas adolescentes ya que generalmente son las más vulnerables.

Otro aspecto fundamental que se debería considerar cuando se trabaja en la prevención de cualquier dificultad o trastorno es la implicación de la familia del niño/a ya que tener el apoyo y la comprensión de las personas que más nos importan es uno de los factores protectores más importantes. Por ello, se debe dotar a la familia de la información y los recursos necesarios para poder ayudar a sus hijos/as.

Los aspectos fundamentales o básicos que se recomiendan trabajar de cara a prevenir o disminuir las dificultades emocionales en la población infanto-juvenil son la asertividad, las emociones positivas, las habilidades sociales y la inteligencia emocional, ya que si estas son potenciadas el niño/a dispondrá de más recursos para poder hacer frente a todos aquellos obstáculos que podrían aparecer en el futuro.

Por último, hay que tener en cuenta que tanto las emociones positivas como las negativas son necesarias para ser experimentadas por todos los niños y niñas.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abramson L.Y., Seligman M.E.P. & Teasdale J.D. (1978). Learned haplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- Abramson, L.Y., Alloy, L.B., Metalky, G.I., Joiner, T.E. & Sandin, B. (1997). Teoría de la depresión por desesperanza: aportaciones recientes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2/3, 211-222.
- Ashby, G. F., Isen, A. M., & Turken, U. (1999). A neuropsychological theory of positive affect and its influence on cognition. *Psychological Review*, 106 (3), 529-550.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). Los trastornos depresivos. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). Arlington, VA; American Psychiatric Publishing.
- Ayuso Mateos, J.L., Vázquez Barquero, J.L., Dowrick, C., Lehtinen, V., Dalgard, O.S. Casey, P., Wilkinson, C., Lasa, L., Page, H., Dunn, G., Wilkinson, G. Odin Group (2001): Depressive disorders in Europe: Prevalence figures from the ODIN study. *British Journal of Psychiatry*, 179, 308-316.
- Barrio, M. & Carrasco Ortiz, M. (2013). Depresión en niños y adolescentes. Madrid: Síntesis.
- Beardslee, W. R., Brent, D. A., Weersing, V. R., Clarke, G. N., Porta, G., Hollon, S. D., Iyengar, S. (2013). Prevention of depression in at risk adolescents: Longerterm effects. *JAMA Psychiatry*, 70 (11), 1161-1170.
- Beardslee, W.R., Wright, E.T., Salt, P., et al (1997). Examination of children's responses to tow preventive strategies over time. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 1134-1141.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1983). Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao: Desclée de Brouwer. (Original publicado en 1979).
- Benard, B. (1991). Fostering resiliency in kids: Protective factors in the family, school, and community. Portland, OR: Western Center for Drug-Free Schools and Communities.
- Betina Lacunza, A. (2011). Las habilidades sociales como recursos para el desarrollo de fortalezas en la infancia. *Psicodebate 10. Psicología, Cultura y Sociedad*.
- Bisquerra Alzinal, R. (2003). Educación emocional y competencias básicas para la vida. *Revista de Investigación Educativa*, 21 (1), 7-43.

- Brunwasser S. M., Kim E. S. & Gillham J. E. (2009). A meta-analytic review of the Penn Resiliency Program's effect on depressive symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77 (6), 1042–1054.
- Bustamante V, Francisco, & Florenzano U, Ramón. (2013). Programas de prevención del suicidio adolescente en establecimientos escolares: una revisión de la literatura. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 51(2), 126-136.
- Caballo, V. (2005). Manual de Evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. (6º Edición). Madrid: Siglo XXI Editores.
- Cecconello, A. M., & Koller, S. H. (2000). Competencia social y empatía: un estudio sobre resiliencia con crianzas en situación de pobreza. *Estudios de Psicología (Natal)*, 5 (1), 71-93.
- Clarke, G. N., Hawkins, W., Murphy, M., Sheeber, L. B., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (1995). Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school adolescents: A randomized trial of group cognitive intervention. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 312–321.
- Clarke, G. N., Hornbrook, M., Lynch, F., Polen, M., Gale, J., Beardslee, W., 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(12), 1127-1134.
- Cova, F., Aburto, B., Sepúlveda M.J. & Silva, M. (2006). Potencialidades y obstáculos de la prevención de la depresión en niños y adolescentes. *PSYKHE*; 15 (1) 57-65.
- Crespo Rica, S. (2006). Comportamiento social en la infancia. Trabajo presentado en el V Congreso Internacional “Educación y Sociedad”.
- Del Barrio, V. & Carrasco M. A. (2009). Detección y prevención de problemas psicológicos emocionales en el ámbito escolar. Cuarta Edición.
- Del Barrio, V. (1997). *Depresión infantil; causas, evaluación y tratamiento*. Barcelona: Ariel.
- Del Barrio, V. (2002). Emociones infantiles. Madrid: Pirámide.
- Dris Ahmed, M. (2010). Actividades para desarrollar la inteligencia emocional en educación infantil.
- Esparza, N. & Rodríguez M. C. (2009). Factores contextuales del desarrollo infantil y su relación con los estados de ansiedad y depresión, 5 (1), 47-65.

- Fredrickson, B. L. (2000). Cultivating positive emotions to optimize health and well-being. *Prevention & Treatment*, 3. Retrieved January 30, 2008, from <http://www.unc.edu/peplab/publications/cultivating.pdf>
- Fredrickson, B. L. (2005). Positive emotions. In C. R. Zinder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (121-134). New York: Oxford University Press.
- Garaigordobil Landazabal, M. (2001). Intervención con adolescentes: impacto de un programa en la asertividad y en las estrategias cognitivas de afrontamiento de situaciones sociales. *Psicología Conductual*, 9 (2), 221-246.
- Garber, J., Clarke, G. N., Weersing, V. R., Beardslee, W. R., Brent, D. A., Gladstone, T. R., Hollon, S. D. (2009). Prevention of depression in at-risk adolescents: a randomized controlled trial. *JAMA*, 301(21), 2215-2224.
- Garnezy, N. (1991). Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist*, 34 (4), 416-430.
- Garnezy, N., & Masten, A. (1994). Chronic adversities. In M. Rutter, E. Taylor, & L. Herson (Eds.), *Child and adolescent psychiatry* (191-207). Oxford, UK: Blackwell Scientific.
- Gillham, J. E., Reivich, K. J., Freres, D. R., Chaplin, T. M., Shatte, A. J., Samuels, B., Elkon, A. G. L., Litzinger, S., Lascher, M., Gallop, R. & Seligman, M. E. P. (2007). School-based prevention of depressive symptoms: a randomized controlled study of the effectiveness and specificity of the Penn Resiliency Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75 (1), 9-19.
- Gladstone, R. G. & Beardslee, W. R. (2009). The prevention of depression in children and adolescents: A review. *Can J Psychiatry*, 54 (4), 212-221.
- Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence. Why it can matter more than IQ*. Nueva York: Bantam Books. (Versión castellana: Inteligencia emocional, Barcelona, Kairós, 1996; 150 edición 1997).
- Guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y en la adolescencia. (2009). Plan de calidad para el sistema nacional de salud del ministerio de sanidad y política social. Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias de Galicia.
- Horowitz, J. L., & Garber, J. (2006). The prevention of depressive symptoms in children and adolescents: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 401-415.
- Horowitz, J. L., Garber, J., Ciesla, J. A., Young, J. F., & Mufson, L. (2007). Prevention of depressive symptoms in adolescents: a randomized trial of cognitive behavioral

- and interpersonal prevention programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(5), 693-706.
- Institute of Medicine (1994). Reducing risk for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research. Washington, DC. *National Academy Press*.
- Jenkins, R., Bebbington, P., Brugha, T., Farrell, M., Gill, B., Lewis, G., Meltzer, H. and Petticrew, M. (1997): The National Psychiatric Morbidity Surveys of Great Britain – strategy and methods. *Psychological Medicine*, 27, 765-774.
- Just, N., Abramson, L.Y., & Alloy, L.B. (2001). Remitted depression studies as tests of the cognitive vulnerability hypotheses of depression onset: A critique and conceptual análisis. *Clinical Psychology Review*, 21, 63- 83.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Eds. Martínez Roca.
- Lewinsohn, P.M. (1975). The behavioral study and treatment of depresión. En M. Hersen, R.M. Eisler y P.M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification*, 1, 19- 65. Nueva York: Academic Press.
- Lewinsohn, P.M., Hoberman, H., Teri, L., Hautzinger, M. (1985): An integrative theory of depression. En S. Reiss & R. Bootzin (Eds.), *Theoretical issues in behavior therapy* (291-315). Nueva York: Academic Press.
- Marsh, E.J. & Graham, S.A. (2001). Clasificación y tratamiento de la psicopatología infantil. En Caballo, V. & Simon, M.A. *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente: trastornos generales*. Madrid: Pirámide.
- Martínez, V., Rojas, G. & Fritsch, R. (2008). Programas de prevención de la depresión en adolescentes en el sistema escolar: una revisión de la literatura. *Revista GPU*, 4 (2), 206-213.
- Martínez, V., Vöhringer, P., Barroilhet, S., Guajardo, V., Fritsch, R., Araya, R. & Rojas, G. (2010). Características de los programas de prevención en depresión en adolescentes asociados a mayor eficacia. *Psiqu. Clín.*, 47 (1), 17 – 35.
- Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. (2000). Emotional Intelligence. En R. J. Sternberg (2000), *Handbook of Intelligence* (396-421). Nueva York. Cambridge University Press.
- Méndez, F.X., Olivares, J. & Ros, M.C. (2001). Estado de ánimo depresivo. Características clínicas y tratamiento de la depresión en la infancia y adolescencia. En Caballo, V. & Simón, M.A. *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente: trastornos generales*. Madrid: Pirámide.

- Méndez, X., Rosa, A., Montoya, M., Espada, J., Olivares, J. & Sánchez, J. (2002). Tratamiento psicológico de la depresión infantil y adolescente: ¿evidencia o promesa?, *10* (3), 563-580.
- Merry, S., McDowell, H., Hetrick, S., Bir, J., & Muller, N. (2004). Psychological and/or educational interventions for the prevention of depression in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2.
- Mrazek, P. J., & Haggerty, R. J. (Eds.). (1994). Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research. Washington, DC, US: National Academy Press.
- Orenes Martínez, A. M. (2015). Evaluación de la ansiedad por separación y prevención escolar de las dificultades emocionales.
- Oros, L. (2009). El valor adaptativo de las emociones positivas. Una mirada al funcionamiento psicológico de los niños pobres. *Revista Interamericana de Psicología*, 43 (2), 288-296.
- Peterander, F. Factores para una atención temprana de calidad.
- Phillips, L. H., Bull, R., Adams, E., & Fraser, L. (2002). Positive mood and executive function: Evidence from stroop and fluency tasks. *Emotion*, 2 (1), 12-22.
- Pitman, E. & Matthey, S. (2004) .The Smiles Program: A group program for children with mentally III parents or siblings. *American Journal of Orthopsychiatry*, 74 (3), 383–388.
- Prieto Ursua, M. (2000). Variables psicológicas relevantes en el estudio de los menores con trastornos psíquicos. Ponencia presentada en el I Congreso Hispano-Portugués de Psicología, 21 al 23 de septiembre, Santiago de Compostela.
- Romero A. G., Zárate S. & Zorzer S.M. (2009). Implementación de programas preventivos.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*, 9, 185-211.
- Sánchez-Hernández, O., Méndez, F. X. & Garber, J. (2014). Prevención de la depresión en niños y adolescentes: revisión y reflexión. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 19 (1), 63-76.
- Sanjuan, P. (1999). Estilo atribucional y depresión: conclusiones y aspectos relevantes. *Clínica y Salud*, 10, 39-57.

- Seligman, M.E.P. (1975). Helplessness: On depression, development, and death. San Francisco, CA: Freeman.
- Shochet, I.M., Dadds, M. R., Holland, D., Whitefield, K., Harnett, P. H. & Osgarby, S. M. (2001). The efficacy of a universal school-based program to prevent adolescent depression. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30 (3), 303–315.
- Spence, S. H., Sheffield, J. K. & Donovan C. L. (2003). Preventing adolescent depression: an evaluation of the problem solving for life program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (1), 3–13.
- Stice, E., Shaw, H., Bohon, C., Marti, C. N., & Rohde, P. (2009). A meta-analytic review of depression prevention programs for children and adolescents: Factors that predict magnitude of intervention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 486–503.
- Vázquez, F.L. & Torres Iglesias A. (2007). Análisis sobre la investigación de la prevención de episodios nuevos de depresión. *Clínica y Salud*, 18 (2), 221-246.
- Vázquez, F.L. & Torres, A. (2005). Prevención del comienzo de la depresión. Estado actual y desafíos futuros. *Boletín de Psicología*, 83, 21-44.
- Vicente, B., Kohn, R., Rioseco, P., Saldivia, S., Baker, C. & Torres, S. (2004) Population prevalence of psychiatric disorders in Chile: 6-month and 1-month rates. *British Journal of Psychiatry*, 184, 299 –305.
- Weinber, W.A., Rutman, J., Sullivan, L., Pencik, E.C. & Dietz, S.G. (1973). Depression in children referred to an education diagnostic center. *Journal of Pediatric*, 83, 1065-1072.
- Weissman, M., Wolk, S., Goldstein, R.B., Moreau, D., Adams, P., Greenwald, S., Klier, C.M., Ryan, N.D., Dahl, R.E. & Wickramaratne, P. (1999): Depressed adolescents grow up. *The Journal of the American Medical Association*, 281, 1707-1713.
- Wentzel, K., Baker, S. & Russell, S. (2009). Peer relationships y positive adjustment at school. En R. Gilman, S. Huebner, & M. Furlong (Eds.), *Handbook of positive psychology in schools* (229-243). New York: Routledge.
- Xavier Méndez, F. (2011). ¡Sonríe, por favor! Epílogo de la alegría. *El niño que no sonríe. Estrategias para superar la tristeza y la depresión infantil*. Madrid: Pirámide.
- Young J. F., Mufson L. & Gallop, R. (2010). Preventing depression: a randomized trial of interpersonal psychotherapy-adolescent skills training. *Depression and Anxiety*, 27, 426-433.