



PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN EN NIÑOS Y ADOLESCENTES: REVISIÓN Y REFLEXIÓN

ÓSCAR SÁNCHEZ-HERNÁNDEZ¹, F. XAVIER MÉNDEZ¹ Y JUDY GARBER²

¹Facultad de Psicología, Universidad de Murcia, España

²Department of Psychology, Vanderbilt University, Nashville (Tennessee), USA

Resumen: En este artículo se describen los principales programas de prevención de la depresión en niños y adolescentes, analizando las conclusiones derivadas de las más recientes revisiones cualitativas y cuantitativas. Se detallan las características de las intervenciones que han conseguido mayores efectos, así como algunas limitaciones de los estudios. Por último se realizan algunas reflexiones y sugerencias de cara a futuras investigaciones, remarcando la necesidad de realizar mayores inversiones en intervenciones preventivas por sus beneficios en el bienestar de la población y como medida de ahorro económico.

Palabras clave: Prevención; depresión; revisión; niños; adolescentes.

Prevention of depression in children and adolescents: Review and reflection

Abstract: This article describes the principal programs aimed at preventing depression in children and adolescents, and discusses findings from the latest quantitative and qualitative reviews. Characteristics of interventions with the largest effect sizes are outlined and some limitations of these studies are noted. Finally, directions for future research are suggested particularly the need for more investment in preventive interventions, in view of their benefits for the well-being of the general population and as a measure of economic savings.

Keywords: prevention; depression; review; children; adolescents.

PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE

Beddington et al. (2008) señalan en su estudio que, para alcanzar el progreso económico y social, se tiene que tener en cuenta la riqueza mental de las naciones, es decir, potenciar la salud mental de los ciudadanos. Según la Organización Mundial de la Salud la depresión se convertirá en 2020 en la segunda causa de incapacidad en el mundo, sólo por detrás de las enfermedades isquémicas, mientras que en 2000 ocupaba el cuarto lugar (véase <http://www.who.int/topics/depression/en/>). Por otra parte, un estudio realizado en seis países eu-

ropeos reveló que España es donde se registró la mayor frecuencia de personas con ansiedad y depresión (King et al., 2008). Además, los niños y los adolescentes con depresión son los que presentan una mayor probabilidad de no ser detectados, por lo que es necesario invertir esfuerzos para apoyar la prevención, la detección temprana y el tratamiento de la depresión.

La prevalencia puntual de la depresión mayor en la población infantil general no suele sobrepasar 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 13 años (Méndez et al., 2001). Es por tanto debido a su prevalencia, a su papel como uno de los principales factores de riesgo de suicidio (Bustamante y Florenzano, 2013) y a su repercusión sobre la estructura familiar y social que, la prevención de la depresión infanto-juvenil, se considera de gran importancia, no sólo para el sistema sanitario, sino también para la socie-

Recibido: 1 marzo 2013; aceptado: 22 octubre 2013.

Correspondencia: Óscar Sánchez-Hernández, Universidad de Murcia, Facultad de Psicología, Campus de Espinardo, 30100 Espinardo, Murcia, España. Correo-e: oscarsh@um.es

dad (Ferreira et al., 2013). Las intervenciones preventivas se han clasificado en tres tipos según la población diana (Mrazek y Haggerty, 1994). La *prevención universal* abarca a todos los miembros de una población definida, por ejemplo una zona geográfica o una etapa de desarrollo. Por el contrario, la *prevención dirigida* se centra en grupos particulares: la prevención selectiva, en los que tienen un riesgo superior a la media de presentar el trastorno y la prevención indicada, en los que manifiestan síntomas o signos de un trastorno (nivel subclínico).

En este trabajo se pretende hacer una revisión sobre la eficacia de las intervenciones destinadas a la prevención de la depresión en niños y adolescentes. En primer lugar, se describen los estudios centrales de los principales grupos de investigación en torno a este campo. Posteriormente se reflexiona sobre la eficacia de estas intervenciones, en base a las últimas revisiones cualitativas y cuantitativas, terminando con unas reflexiones al respecto. En el procedimiento seguido para realizar esta revisión se utilizaron las palabras clave «prevention» y «depression» unidas por el operador booleano «AND» en EBSCO HOST y se seleccionaron las bases de datos PsycINFO, ERIC, PsycARTICLES y Medline. Se utilizaron los limitadores: fecha de publicación (2005-2013) y edad (0-24 años).

Las revisiones sistemáticas y los meta-análisis se consideran actualmente como las mejores herramientas para sintetizar las pruebas científicas respecto a qué tratamientos, intervenciones o programas de prevención deberían aplicarse para un determinado problema psicológico (Sánchez Meca y Botella, 2010). Se decidió escoger las últimas revisiones cualitativas y cuantitativas (meta-análisis) para determinar el estado de la cuestión. Las revisiones cuantitativas, debido a su mayor nivel de cuantificación y rigor, son los tipos de revisión que nos ofrecen las evidencias más válidas sobre un problema (Cooper, 2010). También se describen las investigaciones que han puesto a prueba los principales programas de prevención de depresión en niños y adolescentes.

En primer lugar se describen la estructura de los programas preventivos propuestos por los principales grupos de investigación en torno a

este campo (véase Gladstone y Beardslee, 2009; Sutton, 2007) y seguidamente la eficacia de los programas preventivos, finalizando con las siguientes reflexiones en base a lo expuesto.

ESTRUCTURA DE LOS PROGRAMAS PREVENTIVOS

En la Tabla 1 se resumen los programas para prevenir la depresión en la infancia y adolescencia. Tres son de orientación cognitivo-conductual, uno interpersonal y otro integra ambos enfoques teóricos. Las intervenciones, dirigidas a niños y adolescentes de 8 a 17 años, comprenden una media de 11 sesiones (rango: 8-15), con una duración promedio de 12 horas (rango: 6-18). Se desarrollan en sesiones grupales, incluyen tareas para casa y se aplican por profesionales de la salud (psicólogos, enfermeros, consejeros, etc.) y/o de la educación (maestros, orientadores, etc.), con sendas excepciones: el programa Interpersonal Psychotherapy se inicia con dos sesiones individuales, el programa Resourceful Adolescent no utiliza tareas para casa y el programa Problem Solving for Life es impartido por profesores específicamente formados.

EFICACIA DE LOS PROGRAMAS PREVENTIVOS

El estudio de la eficacia de los ensayos realizados con estos programas se expone en la Tabla 2. El *Penn Resiliency Program* (PRP; Gillham et al., 1990) es el programa de prevención de la depresión para jóvenes más ampliamente evaluado (Guillham, Brunwasser y Feres, 2008). Se basa, especialmente, en el fomento del optimismo entendido como estilo explicativo, dada su relación con la depresión (Sanjuán, Magallares, González y Pérez-García, 2013). En un meta-análisis que estudia la eficacia del PRP, especialmente con la sintomatología depresiva, realizado por Brunwasser, Gillham y Kim (2009) se identificaron 17 estudios sobre 2.498 participantes. Se encontraron pruebas de que el PRP reduce significativamente los síntomas depresivos a través de, al menos, 1 año después de la intervención.

Tabla 1. Programas preventivos

Programa	Autores	Poblaci3n	Objetivos	Procedimientos	Sesiones
<i>Penn Resiliency Program (PRP)</i>	Gillham, Jaycox, Reivich, Seligman y Silver (1990)	Ni1os y adolescentes 8 – 15 a1os	– Sustituir pesimismo por optimismo – Potenciar toma de decisiones estrat3gicas – Desarrollar habilidades sociales	– Entrenamiento atribucional – Resoluci3n de problemas – Habilidades sociales	12 sesiones de 90 minutos
<i>Coping with Stress Course (CWSC)</i>	Clarke, Hawkins, Murphy, Sheeber, Lewinsohn y Seeley (1995)	Adolescentes 13 – 17 a1os	– Refutar pensamientos desadaptados – Afrontar estados de 1nimo negativos – Alcanzar acuerdos con padres y compa1eros – Vencer la pasividad – Desarrollar habilidades sociales	– Reestructuraci3n cognitiva – Relajaci3n – Resoluci3n de conflictos – Actividades agradables – Habilidades sociales	15 sesiones de 45 minutos
<i>Problem Solving for Life (PSFL)</i>	Spence, Sheffield y Donovan (2003)	Adolescentes 13 – 15 a1os	– Refutar pensamientos desadaptados – Enfrentar adecuadamente los problemas	– Reestructuraci3n cognitiva – Resoluci3n de problemas	8 sesiones de 45-50 minutos
<i>Interpersonal Psychotherapy – Adolescent Skills Training (IPT-AST)</i>	Young y Mufson (2003)	Ni1os y adolescentes 11 – 16 a1os	– Afrontar transiciones vitales – Resolver disputas interpersonales – Superar d3ficit interpersonales	– Habilidades de comunicaci3n – Habilidades sociales	10 sesiones de 90 minutos
<i>Resourceful Adolescent Program – Adolescents (RAP-A)</i>	Shochet, Dadds, Holland, Whitefield, Harnett y Osgarby (2001)	Adolescentes 12 – 15 a1os	– Refutar pensamientos desadaptados – Enfrentar adecuadamente los problemas – Promover armonia con padres y compa1eros – Evitar conflictos con padres y compa1eros	– Reestructuraci3n cognitiva – Resoluci3n de problemas – Habilidades de comunicaci3n – Habilidades sociales	11 sesiones de 40-50 minutos

Los an1lisis de subgrupos mostraron que los efectos PRP fueron significativas en una o m1s evaluaciones de seguimiento y que estos efectos del PRP tienden a ser mayores en intervenciones dirigidas que universales y cuando los l3deres del grupo eran miembros del equipo de investigaci3n creadores del PRP frente a otros l3deres de la comunidad que llevaron a cabo la intervenci3n (aunque estas dos 3ltimas diferencias no fueron estadisticamente significativas). El PRP se mostr3 efectivo tanto en participantes de sintomatolog1a depresiva elevada (puntuaci3n en CDI mayor o igual a 13) como en los que presentaban sintomatolog1a depresiva baja. Tambi3n se mostr3 efectivo tanto en los ni1os como en las ni1as.

Los datos limitados (dado el bajo n3mero de estudios) no mostraron evidencia de que el

PRP es superior a las condiciones de atenci3n placebo. Los an1lisis preliminares sugieren que los efectos del PRP sobre los trastornos depresivos pueden ser menores que los referidos en un meta-an1lisis m1s amplio de los programas de prevenci3n de la depresi3n de los adolescentes mayores y adultos (Cuijpers et al., 2008). Los autores plantearon que en investigaciones futuras deber1an examinar si los efectos del PRP sobre los s3ntomas depresivos dan lugar a beneficios cl3nicamente significativos para sus participantes (es decir, sobre diagn3sticos cl3nicos), si el programa es rentable, si las habilidades cognitivo-conductuales median los efectos del programa, y si PRP es eficaz cuando se implementa en las condiciones del mundo real.

Tabla 2. Estudios de la eficacia de los programas preventivos)

<i>Estudio y programa</i>	<i>Muestra¹</i>	<i>Diseño² y duración del seguimiento</i>	<i>Resultados significativos³ y tamaños del efecto⁴</i>
Cardemil et al. (2007) PRP	N = 168; Universal M= 11,12 (DT = 0,94) 50% chicas	ECA. G.EXP vs G.C. 24 meses	Posttest: Si (r = 0,27). CDI Seguimiento: Si (r = 0,19). Nota: Solo en muestra latina pero no significativos en muestra afroamericana
Chaplin et al. (2006) PRP	N = 208; Universal M= 12,16 (DT = 0,94) 49% chicas	ECA. G.Mixto vs G. Chicas vs G.C. 12 meses	Posttest: Si para G. Chicas vs G.C. (r = - 0,47). Si para G. Mixto vs G.C. (r = - 0,29). CDI. Seguimiento: La baja tasa de respuesta limita los análisis
Gillham (1994; Estudio 2) PRP	N = 108; Universal M= 14,06 47% chicas	ECA. G.N (sólo niños) vs G. NP (niños y padres) vs G.C. 6 meses	Posttest: Si para G.N. vs G.C. (r = 0,25). No para G.NP. vs G.C. (r = 0,03); CDI. Seguimiento: No para G.N. vs G.C. (r = 0,21). No para G.NP. vs G.C. (r = - 0,07)
Gillham y Reivich (1999) PRP	N = 118; Dirigida G.EXP (11,36; 0,70) G.C. (11,38; 0,55). 46% chicas	Diseño mixto. PRP (3 versiones) vs Control. 36 meses	Seguimiento 2,5 años: No (0,18). CDI Seguimiento 3 años: No (0,24)
Gillham, Hamilton, et al. (2006) PRP	N = 271; Dirigida M= 11,5 53% chicas	ECA. G.EXP vs G.C. 24 meses	Posttest: No (r = 0,02). CDI. Seguimiento: No (r = 0,10)
Gillham, Reivich, et al. (2006) PRP	N = 44; Dirigida M= 11,4 30% chicas	ECA. PRP (niños + padres) vs G.C. 12 meses	Posttest: No (r = - 0,06). CDI. Seguimiento: Si a los 6 y 12 meses (r = - 0,18)
Gillham et al. (2007) PRP	N = 696; Universal M= 12,13 (DT = 1,03) 46% chicas	ECA. PRP vs. Intervención alternativa (PEP) vs. G. C. 36 meses	Posttest: No para PRP vs G.C. (r = 0,04). No para PEP vs G.C. (r = 0,04). CDI. Seguimiento: No para PRP vs G.C. (r = 0,05). No para PEP vs G.C. (r = 0,04).
Miller (1999) PRP	N = 56; Encarcelados G.EXP (16,3; 1,12) G.C. (17,2; 0,81). 4% chicas	Aleatorizado por centros G.EXP vs G.C. Posttest.	Posttest: No (r = 0,07). CDI.
Pattison y Lynd-Stevenson (2001) PRP	N = 66; Universal M= 10,44 (DT = 0,69) 52% chicas	G.C. no aleatorizado. PRP vs PRP orden inverso vs G. Placebo vs G.C. 8 meses	Posttest: No para PRP vs G.Placebo (r = - 0,06). No para PRP vs G.C. (r = 0,05). CDI. Seguimiento: No para PRP vs G.Placebo (r = 0,15). No para PRP vs G.C. (r = 0,31).

Nota: 1. En la descripción de la muestra se detalla número de participantes (N), tipo de prevención (universal y/o dirigida), media de edad en años (M) y desviación típica (DT), y porcentaje de chicas. Cuando no se informa de la media ni de la desviación típica de la edad de los participantes es porque no se informa en el citado estudio de estos datos. 2. Se detalla si es un ensayo controlado aleatorio, con individuos asignados al azar a cada condición (ECA) o no, así como los grupos del diseño (G. EXP. = Grupo experimental; G.C. = Grupo control). 3. Referido a sintomatología depresiva, detallando el instrumento de evaluación utilizado. 4. Se utilizó como índice del tamaño del efecto el coeficiente de correlación r basados en Stice et al. (2009). La interpretación de los tamaños del efecto según Cohen (1988) se corresponde con los criterios de bajo ($r = 0,10$), medio ($r = 0,30$) y alto ($r = 0,50$). Se informa del tamaño del efecto del último seguimiento. Cuando había varios seguimientos se promedió el tamaño del efecto; PRP = Penn Resiliency Program; CDI = Children's Depression Inventory; G.N. = Grupo sólo niños; G.NP = Grupo niños y padres; PEP = Penn Enhancement Program.

Tabla 2. Estudios de la eficacia de los programas preventivos (Continuación)

<i>Estudio y programa</i>	<i>Muestra</i>	<i>Diseño y duración del seguimiento</i>	<i>Resultados significativos y tamaños del efecto</i>
Quayle et al. (2001) PRP	N = 47; Universal M= 11,5 100% chicas	ECA. G.EXP vs G.C. 6 meses	Posttest: No (r = - 0,30). CDI Seguimiento: Si (r = 0,32)
Roberts et al. (2003, 2004) PRP	N = 189; Dirigida M= 11,89 (DT = 0,33) 50% chicas	Aleatorizado por escuelas. G.EXP vs G.C. 30 meses	Posttest: No (r = 0,02). CDI Seguimiento: No (r = 0,03)
Shatte y Seligman, (1997) PRP	N = 152; Universal M= 12,7 (DT = 0,7) 47% chicas	ECA. PRP vs intervención alternativa (PEP) vs control. 12 meses	Posttest: No para PRP vs G.C. (r = 0,09). No para PEP vs G.C. (r = 0,21). CDI. Seguimiento: Si a los 8 meses, pero no a los 12 meses, para PRP vs G.C. (r = 0,21). No para PEP vs G.C. (r = 0,17).
Yu y Seligman (2002) PRP	N = 220; Dirigida M= 11,8 (DT = 1,69) 45% chicas	ECA. G.EXP vs G.C. 6 meses	Posttest: Si (r = 0,12). CDI Seguimiento: Si (r = 0,18)
Clarke et al. (1995) CWSC	N = 150; Dirigida M= 15,03 (DT = 0,7) 70% chicas	ECA. G.EXP vs G.C. 18 meses	Posttest: Si (r = 0,18). CES-D Seguimiento: No (r = -0,02). Sin embargo, redujo significativamente el riesgo de aparición de la depresión durante 18 meses de seguimiento.
Clarke et al. (2001) CWSC	N = 94; Dirigida G.EXP (14,4; 1,4) G.C. (14,75; 1,5). 28% chicas	ECA. G.EXP vs G.C. 24 meses	Posttest: Si (r = 0,22). CES-D Seguimiento: Si en seguimiento a 12 meses (r = 0,16). También, redujo significativamente el riesgo de aparición de la depresión durante 12 meses de seguimiento.
Garber et al. (2009) CWSC	N = 316; Dirigida M= 14,8 59% chicas	ECA. G.EXP vs G.C. 9 meses	Posttest: Si (r = 0,14). CES-D Seguimiento: Reducción significativa del riesgo de aparición de la depresión durante 9 meses de seguimiento
Horowitz et al. (2007) IPT-AST	N = 380; Universal M= 14,43 (DT = 0,7) 54% chicas	ECA. TCC vs TIP vs G. C. 6 meses	Posttest: Si para TCC vs G.C. (r = 0,19). Si para TIP vs G.C. (r = 0,16). CES-D Seguimiento: No para TCC vs G.C. (r = 0,06). No para TIP vs G.C. (r = 0,02). Las dos intervenciones experimentales no difirieron una de otra.
Young, Mufson y Davies (2006) IPT-AST	N = 41; Dirigida M= 13,4 (DT = 1,2) 85% chicas	ECA. IPT-AST vs G.C. de orientación escolar. 6 meses	Posttest: Si (r = 0,61). CES-D Seguimiento: Si (r = 0,45). Reducción del riesgo de inicio de depresión marginalmente significativa durante los 6 meses de seguimiento.
Young, Mufson y Gallop (2010) IPT-AST	N = 57; Dirigida M= 14,51 (DT = 0,76) 60% chicas	ECA. IPT-AST vs G.C. de orientación escolar. 18 meses	Posttest: Si (r = 0,31). CES-D Seguimiento: No (r = 0,28)

Nota: PRP = Penn Resiliency Program; ECA = Asignación aleatoria individual; G. EXP. = Grupo experimental; G.C. = Grupo control; CDI = Children's Depression Inventory; PEP = Penn Enhancement Program; CWSC = Coping with Stress Course; CES-D = Center for Epidemiological Studies Depression Scale; IPT-AST = Interpersonal Psychotherapy-Adolescent Skills Training; TCC = Terapia cognitivo-conductual; TIP = Terapia interpersonal.

Tabla 2. Estudios de la eficacia de los programas preventivos (Continuación)

<i>Estudio y programa</i>	<i>Muestra</i>	<i>Diseño y duración del seguimiento</i>	<i>Resultados significativos y tamaños del efecto</i>
Sheffield et al. (2006) <i>PSFL</i>	N = 2479; U+I M= 14,34 (DT = 0,45) % chicas ¹	Aleatorizado por escuelas U vs UI vs I vs G.C 12 meses	Posttest: No para UI vs I vs G.C (r = 0,10). No para U vs G.C. (r = 0,07). CES-D, CDI Seguimiento: No para UI vs I vs G.C (r = 0,02). No para U vs G.C. (r = 0,05).
Spence et al. (2005) <i>PSFL</i>	N = 1500; Universal G.EXP (12,8; 0,54) G.C. (12,90; 0,53). 53% chicas	Aleatorizado por escuelas G.EXP vs G.C. 1,2,3 y 4 años	Posttest: No (r = 0,19). BDI Seguimiento: No (r = - 0,01)
Merry et al. (2004) <i>RAP-A</i>	N = 392; Universal M= 14,2 52% chicas	ECA. RAP-A vs control placebo. 18 meses	Posttest: Si (r = 0,12). RADS Seguimiento: No (r = 0,05)
Shochet et al. (2001) <i>RAP-A</i>	N = 260; Universal M= 13,5 (DT = 0,54) 53% chicas	No aleatorizado. RAP-Adolescentes vs RAP-F vs G.C. 10 meses.	Posttest: Si para RAP-A vs G.C. (r = 0,22). Si para RAP-F vs G.C. (r = 0,21). CDI Seguimiento: Si para RAP-A vs G.C. (r = 0,15). No para RAP-F vs G.C. (r = 0,10)
Beardslee et al. (2007) <i>Selectiva² Padres deprimidos</i>	N = 121; Selectiva M= 11,6 43% chicas	ECA. Intervención psicoeducativa vs grupo de lectura. 1, 2 y 4,5 años	Posttest: No. SADS-L Seguimiento: No (r = 0,00)
Gwynn y Brantley (1987). <i>Selectiva Padres divorciados</i>	N = 60; Selectiva M= 12,1 50% chicas	No aleatorizado. G. EXP vs G.C. No seguimiento	Posttest: Si (r = 0,21). CDI
Roosa et al. (1989). <i>Selectiva Padres alcohólicos</i>	N = 81; Selectiva M= 10,3 50% chicas	ECA . G.EXP vs G.C. No seguimiento	Posttest: No (r = 0,14). CDI
Sandler et al. (1992). <i>Selectiva Muerte parental.</i>	N = 72; Selectiva M= 12,39 (DT = 3,19). 49% chicas	ECA . G.EXP vs G.C. No seguimiento	Posttest: No (r = - 0,02). CDI
Seligman et al. (1999) <i>Selectiva. Estilo explicativo negativo</i>	N = 231; Selectiva 1º universidad 52% chicas	ECA. G.EXP vs G.C. 1, 2 y 3 años	Posttest: Si (r = 0,18). BDI Seguimiento: Si (r = 0,07)

Nota: 1. Muestra universal: 54%; Muestra alto riesgo: 69%; 2. Debido a que las muestras selectiva tienden a ser diversas, las intervenciones han sido más variadas que los programas de prevención universales o indicados ya que suelen centrarse en analizar otros resultados, además de reducir la depresión. PSFL = Problem Solving for Life; U+I = Universal vs Universal e indicado vs Indicado; U = Universal; UI = Combinado (Universal e indicado); I = Indicado; G. EXP = Grupo experimental; G.C. = Grupo control; CES-D = Center for Epidemiological Studies Depression Scale; CDI = Children's Depression Inventory; BDI = Beck Depression Inventory; RAP-A = Resourceful Adolescent Program-Adolescents; RAP-F = Resourceful Adolescent Program-Family; SADS-L = Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Lifetime Version.

Clarke y sus colaboradores realizaron el primer ensayo clínico aleatorio de prevención de la depresión en adolescentes (Clarke et al., 1995) con el *Coping with Stress Course* (CWSC; Clarke et al., 1995). Los resultados de los ensayos han demostrado que una intervención cognitivo-conductual grupal relativamente breve puede tener efectos significativos en la reducción de episodios reales de la depresión mayor, en adolescentes con alto riesgo para los trastornos depresivos. Sería conveniente realizar futuros trabajos de investigación con el programa de Clarke y colaboradores con la finalidad de tener mayor conocimiento sobre el mantenimiento a lo largo del tiempo de los beneficios derivados de la intervención preventiva (Gladstone, 2009). En este sentido, una reciente investigación sobre el efecto de la intervención en el seguimiento a 33 meses del estudio de Garber et al. (2009), refleja que en los adolescentes con alto riesgo para los trastornos depresivos que recibieron el programa, continuaba el efecto preventivo de forma estadísticamente significativa en comparación con el grupo de atención habitual, sin embargo, este efecto sólo se producía en los adolescentes cuyos padres no estaban deprimidos en la evaluación de la línea base, por lo que este factor debe de ser tenido en cuenta para futuros estudios (Beardslee et al., 2013).

Los estudios sobre la eficacia del *Interpersonal Psychotherapy-Adolescent Skills Training* (IPT-AST; Young y Mufson, 2003) reflejan una reducción inmediata de los síntomas de depresión y una mejora en el funcionamiento general. Sin embargo, los beneficios de la IPT-AST no son consistentes más allá de los 6 meses de seguimiento, lo que sugiere que los efectos preventivos del programa, en su formato actual, son limitados. Se requieren futuros estudios para examinar si las sesiones de refuerzo alargan los efectos a largo plazo de la IPT-AST, como ya plantearon Horowitz et al. (2007). Estos autores también sugieren los posibles beneficios de combinar este método con los enfoques cognitivo-conductual más tradicionales en la prevención de la depresión en jóvenes.

El *Problem Solving for Life* (PSFL; Spence et al., 2003) ha sido implementado en intervenciones preventivas universales en grandes mues-

tras de Australia por sus creadores (Spence, Sheffield, y Donovan, 2003, 2005). Los estudios fueron notables por el amplio tamaño de las muestras, el uso de diagnósticos, la exploración de los múltiples resultados, y la longitud del seguimiento, aunque no se hallaron resultados significativos en la prevención de la sintomatología depresiva. Teniendo en cuenta estos resultados los autores concluyeron que las intervenciones universales pueden no ser óptimas para la prevención de la depresión en la juventud. Ciertos factores podrían haber limitado potencialmente el tamaño del efecto de la intervención en este estudio: las sesiones se impartían en amplios grupos de participantes, con sólo ocho sesiones de 45 a 50 minutos, los monitores de los talleres fueron los propios maestros, y el desgaste significativo de la muestra (alrededor del 30% de abandono escolar durante los 12 meses de seguimiento). Jane-Llopis et al. (2003) en su meta-análisis informa de mayores efectos de las intervenciones que había más de ocho sesiones, de duración de entre 60 y 90 minutos y en las que se contaba con profesional de la salud a la hora de impartir el programa. No obstante, Spence et al. (2005) citó otros trabajos (Shatté, 1996) en los que no se encontró diferencia respecto a que la intervención preventiva sea impartida por maestros o por psicólogos clínicos entrenados resaltando que el nivel de entrenamiento en las técnicas cognitivo-conductuales no explicarían la pérdida de los beneficios a largo plazo de las intervenciones. Por otra parte en este mismo estudio (Shatté, 1996) tampoco se encuentran efectos a largo plazo al aplicar una intervención de más duración (24 horas en 12 sesiones). Destacar que en el estudio de Sheffield et al. (2006) se produjo una mejora en los participantes de todas las condiciones del estudio (los que recibieron la intervención y los que no) que no quizás no permitió ver las diferencias entre grupos.

En el primer ensayo en el que se pone a prueba el *Resourceful Adolescent Program-Adolescents* (RAP-A; Shochet et al., 2001) dos de las tres medidas de autoinforme de sintomatología depresiva fueron significativamente menores en el grupo de tratamiento que en el grupo de control en el postest y a los 10 meses de seguimiento (Shochet et al., 2001). Por otra

parte, utilizando los puntos de corte de los síntomas de depresión para establecer grupos (nivel clínico, subclínico y saludable), la intervención RAP dio índices más bajos de estudiantes en el nivel clínico en el seguimiento. Sin embargo, un problema importante con este estudio fue que los grupos de control e intervención no se asignaron al azar: la primera cohorte sirvió como grupo control, y al año siguiente la segunda cohorte fue el grupo de intervención. En otro estudio realizado por Merry, McDowell, Wild et al. (2004) los participantes fueron asignados de forma aleatoria a un grupo de intervención RAP-Kiwi o a un grupo de atención placebo. El grupo de intervención RAP-Kiwi presentó de forma significativa menos sintomatología depresiva en el postest (pero no a los 18 meses de seguimiento) comparado con el grupo de atención placebo.

En la Tabla 2 también se describen las intervenciones selectivas dirigidas hacia individuos

de elevado riesgo de depresión que se han centrado en función de los factores familiares, tales como el divorcio (Gwynn y Brantley, 1987; Wolchik et al, 1993), muerte de los padres (Sandler et al, 1992), depresión de los padres (Beardslee et al., 1997) o alcoholismo de los padres (Roosa et al., 1989) y también sobre los factores ambientales, tales como la pobreza (Cardemil, Reivich, y Seligman, 2002) o las características personales como un estilo cognitivo negativo (Seligman, Schulman, DeRubeis y Hollon, 1999). Debido a que las muestras selectivas tienden a ser diversas, las intervenciones han sido más variadas que los programas de prevención universales o indicados ya que suelen centrarse en analizar otros resultados, además de reducir la depresión. Sin embargo, existe cierta similitud entre los estudios ya que en la mayoría han utilizado algún tipo de técnicas cognitivo-conductuales. Estos programas de intervención selectiva también han tendido a ser

Tabla 3. Principales resultados de los estudios metaanalíticos

<i>Autores (año)</i>	<i>Nº estudios</i>	<i>Resultados principales</i>
Horowitz y Garber (2006)	30 estudios	<ol style="list-style-type: none"> 1. La prevención dirigida es más efectiva que la universal al finalizar el programa. 2. La prevención dirigida es más efectiva que la universal en el seguimiento. 3. El tamaño del efecto de la prevención dirigida tiende a ser entre bajo y moderado, tanto al finalizar el programa como en el seguimiento. En las intervenciones universales el promedio del tamaño del efecto no llegó a la significación práctica.
Stice et al. (2009)	47 estudios	<ol style="list-style-type: none"> 1. El promedio de los tamaños del efecto de los síntomas depresivos de pretest al postest y del pretest al seguimiento fueron de magnitud baja. 2. Los efectos más grandes surgieron de los programas dirigidos (selectivos e indicados) destinados a participantes de alto riesgo, muestras con más mujeres, muestras con adolescentes mayores, programas con una duración más corta y que incluían actividades para casa e impartidos por profesionales (versus maestros). 3. Las características del contenido de la intervención (por ejemplo, un enfoque en la formación de resolución de problemas o la reducción de cogniciones negativas) y su diseño (por ejemplo, el uso o no de asignación aleatoria y la evaluación mediante entrevistas estructuradas o sin ellas) era independiente de los tamaños del efecto.
Merry et al. (2011)	53 estudios	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se halló una reducción significativa del riesgo de tener un trastorno depresivo tras la intervención y en los seguimientos a los 3, 9 y 12 meses. No hubo evidencia de la eficacia continuada a los 24 meses pero sí evidencia limitada de la eficacia a los 36 meses. 2. No se halló evidencia de la eficacia (en los pocos estudios hallados) al comparar las intervenciones con los controles de atención placebo. 3. Los autores concluyen que la persistencia de los resultados sugiere un efecto real producido por las intervenciones preventivas y no un efecto placebo y que, por tanto, hay suficiente evidencia para afirmar que los programas de prevención de la depresión, dirigidos y universales, pueden prevenir la aparición de los trastornos depresivos.

Tabla 4. Principales conclusiones de revisiones cualitativas

<i>Autores (a1o)</i>	<i>Conclusiones principales</i>
Gladstone (2009)	Los programas preventivos con m1s 3xito se caracterizan por derivar de los programas de tratamiento basados en la evidencia para la depresi3n juvenil (t3cnicas cognitivo-conductuales y/o enfoques interpersonales), estructurados y descritos en manuales, en los que los monitores han sido cuidadosamente entrenados mediante protocolos y han evaluado la fidelidad de la intervenci3n
Sutton (2007)	Las intervenciones preventivas siempre han mostrado tama1os del efecto bajos pero significativos en la prevenci3n a corto plazo de la depresi3n. Sin embargo, el mantenimiento de los efectos de la intervenci3n de forma m1s prolongada durante el seguimiento de entre 6 meses a 3 a1os no se ha demostrado de forma consistente. Se1ala que en varios estudios aparecen problemas metodol3gicos importantes que deben de tenerse en cuenta.

implementados con grupos m1s peque1os que los utilizados en los programas universales y, por lo tanto, los estudios han involucrado a menos participantes. Para una mayor informaci3n sobre estas intervenciones v3ase Gladstone y Beardslee (2009).

En las Tablas 3 y 4 se describe brevemente los principales resultados y conclusiones provenientes de las revisiones sistem1ticas cuantitativas o meta-anal3ticas y cualitativas.

Horowitz y Garber (2006) realizaron la primera revisi3n meta-anal3tica sobre la prevenci3n de la depresi3n en la infancia y adolescencia. Sugieren para futuras investigaciones incluir an1lisis de los moderadores (edad g3nero etc.) y la hip3tesis de los mediadores (estilo cognitivo, habilidades sociales, etc.), dise1o de programas multi-componentes dado la variedad de factores que producen la depresi3n, programas que tengan en cuenta el desarrollo, g3nero y cultura de los participantes, incluir seguimientos m1s prolongados (m3nimo un a1o), y el uso de m3ltiples medidas y m3todos para evaluar tanto s3ntomas y diagn3sticos de depresi3n.

Stice et al. (2009) en su revisi3n metaanal3tica resumen los efectos de los programas de prevenci3n de la depresi3n en j3venes estudiando las variables asociadas a mayores efectos como las caracter3sticas de los participantes, tipo de intervenci3n, caracter3sticas de los monitores que imparten la intervenci3n y el dise1o de la investigaci3n.

En un reciente meta-an1lisis de Merry y colaboradores (2011), los autores concluyen que existe suficiente evidencia para afirmar que los programas de prevenci3n de la depresi3n, dirigidos y universales, pueden prevenir la aparici3n de los trastornos depresivos.

En la revisi3n cualitativa de Sutton (2007) se se1ala que requieren atenci3n para futuras investigaciones la implementaci3n de sesiones de refuerzo, el uso de an1lisis estad3sticos apropiados, la evaluaci3n de m3ltiples variables de resultado (diferentes medidas de depresi3n etc.), el aumento de los factores de protecci3n, y la exploraci3n de los mediadores y moderadores de los efectos de las intervenciones.

Gladstone y Beardslee (2009) revisa los recientes estudios sobre la prevenci3n de los diagn3sticos cl3nicos de la depresi3n en ni1os y adolescentes. Sugiere para futuras intervenciones centrarse en enfoques dirigidos (intervenciones selectivas y/o indicadas), estudiar las hip3tesis de los mediadores, incluir intervenciones que tengan como objetivo la mejora del ambiente familiar, tener en cuenta tambi3n los factores de riesgo no espec3ficos (como pobreza y maltrato infantil) para los trastornos, y centrarse en la fase de divulgaci3n de la investigaci3n en prevenci3n.

Por otra parte, se observa una ausencia de estudios espa1oles en las revisiones tanto cualitativas como cuantitativas que se describen en este art3culo como ya se ha comentado (S1nchez-Hern1ndez, 2012). Una excepci3n en nuestro pa3s es el estudio de S1nchez-Hern1ndez (2012) sobre la eficacia de una novedosa propuesta, el *Programa Sonrisa* (S1nchez-Hern1ndez y M3ndez, 2009), dise1ado en base al estudio de los factores de riesgo y factores protectores de la depresi3n (como la adaptaci3n a formato preventivo de la activaci3n conductual) y en el marco te3rico de la psicolog3a positiva, utilizando t3cnicas psicol3gicas con el objetivo de fomentar el bienestar y el florecimiento personal (optimismo, educaci3n emocional, curio-

sidad para el cambio positivo, *saboreo*, *flow*, etc.). El estudio de la eficacia de la intervención proviene de una muestra de 1.212 adolescentes procedentes de siete centros educativos que participaron en un estudio descriptivo de la sintomatología depresiva en adolescentes. Finalmente participaron 89 estudiantes en el estudio de la eficacia del Programa Sonrisa. Dentro de las características metodológicas a destacar estaría la comparación del grupo experimental con un grupo control, la asignación aleatoria de los participantes a los respectivos grupos, el carácter multicéntrico, así como la realización de evaluaciones de seguimiento (8 y 12 meses). Se encontró una reducción significativa de la sintomatología depresiva en el grupo experimental en comparación con el grupo control, tanto en los auto-informes de los adolescentes como en los informes de los padres al finalizar la intervención, lo que supone una novedad respecto a otros estudios. Sin embargo no se hallaron efectos significativos a los 8 y 12 meses. No obstante, la mejora en disforia se mantenía a los ocho meses en los adolescentes varones. También los participantes del grupo experimental superaron a los controles cuatro meses después de la intervención preventiva en bienestar psicológico y, ocho meses después, en autoconcepto familiar y creatividad.

REFLEXIONES Y SUGERENCIAS PARA FUTUROS ESTUDIOS

1. Las prevenciones dirigidas han demostrado mayor eficacia que las universales, tanto en el postest como en las evaluaciones de seguimiento (Horowitz y Garber, 2006; Stice et al., 2009). Recientes estudios señalan este efecto preventivo tanto en autoinformes como en entrevistas diagnósticas (Arnarson y Craighead, 2011). Se recomienda realizar un adecuado reclutamiento de los participantes teniendo en cuenta varios factores de riesgo como criterios de inclusión (Jaycox et al., 1994; Clarke et al., 2001) así como realizar entrevistas diagnósticas para excluir a aquellos participantes que presenten un trastorno psicológico en el pretest (Seligman et al., 2007; Stice et al., 2010; Young et al., 2006).

2. Algunos autores recomiendan continuar investigando la eficacia de las intervenciones de prevención universal. Señalan la necesidad de trabajar con tamaños muestrales adecuados para encontrar diferencias estadísticamente significativas (Cuijpers, 2003; Gillham et al., 2000; Muñoz, 1993; Pattison y Lynd-Stevenson, 2001; Pössel et al., 2004; Sutton, 2007; Valera-Espín, Sánchez-Meca y Marín-Martínez, 2000). Según Huppert (2009), a nivel epidemiológico, un pequeño cambio en la media de los síntomas depresivos de la población puede hacer más para mejorar el bienestar y reducir la prevalencia del trastorno que sólo intervenciones de tratamiento o preventivas a grupos de riesgo.

3. Desde el ámbito de la psicología positiva se ha señalado que resulta incompleto evaluar la depresión sólo con instrumentos sensibles a la presencia de elementos negativos (tristeza, culpa, falta de relaciones sociales, etc.). Se requiere, por tanto, prestar atención a elementos positivos (placer, disfrute, alegría, bienestar) y en estos aspectos apenas se insiste en la evaluación (Vázquez, Nieto, Hernangómez y Hervás, 2005; Vázquez, Hernangómez, Nieto y Hervás, 2006), aunque algunos estudios comienzan a incorporarlos (Sánchez-Hernández, 2012; Seligman et al., 2007; Tennat et al., 2007).

4. Horowitz y Garber (2007) señalan en su revisión meta-analítica que la depresión es un problema complejo y que los programas multicomponentes son los que parecen ser los más efectivos. Es necesario estudiar qué componentes de los programas preventivos de orientación cognitivo conductual son los más efectivos (Garber, 2006). Sugieren estudiar la hipótesis de los mediadores, es decir, comprobar si las técnicas entrenadas (habilidades sociales, entrenamiento atribucional, habilidades de resolución de problemas etc) mejoran tras la aplicación del programa y comprobar que son éstas las responsables de las mejoras en la sintomatología depresiva. En este campo también es interesante estudiar el efecto de los factores no específicos (Stice et al., 2010) y de las habilidades compensatorias aprendidas tras las intervenciones (Barber y Derubis, 1989; Pattison y Lynd-Stevenson, 2001).

5. En relación al anterior punto, se sugiere también el estudio de las variables moduladoras

del efecto de las intervenciones preventivas, como género, clase social o etnia (Calvete et al., 2011; Guillham et al., 2006; Marchand, Ng, Rohde y Stice, 2010; McLaughlin et al., 2010).

6. Necesidad de diseñar intervenciones que partan de un modelo teórico de la depresión más completo, como por ejemplo el de Watson, Clark y Carey (1988), donde tengan cabida las emociones positivas, los factores protectores y otras variables procedentes de la psicología positiva (Vázquez, Nieto, Hemangómez y Hervás, 2005; Vázquez, Hernangómez, Nieto y Hervás, 2006). Los resultados positivos que se desprenden de la primera revisión cuantitativa meta-analítica, sobre la efectividad de las intervenciones de psicología positiva para mejorar el bienestar y atenuar los síntomas depresivos (Sin y Lyubomirsky, 2009), avalarían este punto para una reciente revisión del campo véase Vázquez, 2013). También cabe destacar la posible aportación de las nuevas terapias alternativas (p.ej., Miró et al., 2011).

7. Realizar una adecuada evaluación de competencias de los monitores para impartir la intervención preventiva en cuestión (Gillham, Brunwasser y Freres, 2008).

8. Sutton (2007) señala que, en las revisiones meta-analíticas, las intervenciones preventivas siempre han mostrado tamaños del efecto bajos pero significativos en la prevención a corto plazo de la depresión. Sin embargo, el mantenimiento de los efectos de la intervención de forma más prolongada durante el seguimiento de entre 6 meses a 3 años no se ha demostrado de forma consistente. Las áreas particulares que requieren atención incluyen la implementación de sesiones de refuerzo así como evaluaciones de seguimiento de como mínimo un año (Gladstone, 2009; Horowitz y Garber, 2006; Stice et al., 2009).

9. La revisión de Caezar y Christensen (2010) de los programas de tratamiento y prevención de la ansiedad y depresión por Internet, en niños y adolescentes, señalan que las nuevas tecnologías pueden favorecer los objetivos de prevención de los trastornos psicológicos y la promoción del bienestar (Titov et al., 2012).

10. La depresión es un problema complejo, por lo que diferentes disciplinas se han acercado a su estudio desde su enfoque particular. Se

ha demostrado que un estilo de vida saludable como mantener una adecuada alimentación (Sánchez-Villegas et al., 2011) o la práctica de ejercicio físico (Harvey, Hotopf, Overland y Mykletun, 2010) se relacionan con menor sintomatología depresiva. Por tanto la prevención de la depresión debería abordarse desde una perspectiva multidisciplinar (McLaughlin y Kubick, 2004).

11. Estudios recientes señalan que las intervenciones de prevención de la depresión podrían ser una medida eficiente de ahorro sanitario (Mihalopoulos et al., 2011) por lo que es necesario invertir en este tipo de medidas.

12. Diversos autores (Spence et al., 2005; Weare, 2000) proclaman un enfoque holístico y social-estructural de las intervenciones universales que tenga en cuenta todos los agentes relacionados, y que sea parte del plan de estudios de la escuela. Estos autores defienden que no es posible promocionar la salud cambiando sólo lo social y el entorno, o sólo las mentes y corazones de las personas; es necesario trabajar con todos los aspectos (Weare, 2000). También subrayan la necesidad de que las intervenciones de promoción de la salud mental, emocional y social deben aprenderse de forma regular a través de toda la vida de los alumnos, empezando desde primaria. Se considera que si se quiere conseguir un alumnado saludable, al tiempo que prevenir problemas como la depresión, violencia, el uso de las drogas, etc., los esfuerzos resultarán más efectivos cuando el entrenamiento en habilidades sociales y emocionales se integra como un objetivo educativo más, implementado desde la primera infancia y desarrollado durante los distintos niveles educativos (Guil y Gil-Orlarte, 2007). Un claro ejemplo de esta propuesta sería el estudio de Stewart y Sun (2007) en el que aplicaron un enfoque holístico en una intervención de promoción de la resiliencia y prevención de la sintomatología depresiva o el trabajo propuesto por Collaborative to Advance Social and Emotional Learning (<http://www.casel.org/>) con resultados muy positivos (Payton et al., 2008).

En resumen, se resalta la necesidad de invertir en intervenciones de prevención de la depresión en jóvenes en general y aumentar las investigaciones en el ámbito español, en

particular, dados los efectos positivos a nivel personal y social, así como medida eficiente de ahorro sanitario, dada la pertinencia de estas estrategias, especialmente en el contexto de crisis económica.

BIBLIOGRAFÍA

- Arnanson, E. O., & Craighead, W. E. (2011). Prevention of depression among Icelandic adolescents: A 12-month follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, *49*, 170-174.
- Beardslee, W. R., Brent, D.A., Weersing, V.R., et al. (2013). Prevention of depression in at-risk adolescents: longer term effects. *JAMA Psychiatry*. Published online doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.295.
- Beardslee, W. R., Wright, E. J., Salt, P., Drezner, K., Gladstone, T. R.G., Versage, E. M., & Rothberg, P. C. (1997). Examination of children's responses to two preventive intervention strategies over time. *Journal of the American Academy Children and Adolescent Psychiatry*, *36*, 196-204.
- Beddington, J., Cooper, C. L., Field, J., Goswami, U., Huppert, F. A., Jenkins, R., ... Thomas, S. M. (2008). The mental wealth of nations. *Nature*, *455*, 1057-1060.
- Brunwasser, S. M., Gillham, J. E., & Kim, E. S. (2009). A meta-analytic review of the Penn Resiliency Program's effect on depressive symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *77*, 1042-1054.
- Calear, A. L., & Christensen, H. (2010). Review of internet-based prevention and treatment programs for anxiety and depression in children and adolescents. *Medical Journal of Australia*, *192*, S12-S14.
- 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 a 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*, 1127-1134.
- Clarke, G. N., Lewinsohn, P., & Hops, H. (1990). *Adolescent coping with depression course*. Eugene, OR: Castalia.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Smit, F., Mihalopoulos, C., & Beekman, A. (2008). Preventing the onset of depressive disorders: A meta-analytic review of psychological interventions. *American Journal of Psychiatry*, *165*, 1272-1280.
- Ferreira, E., Granero, R., Noorian, Z., Acosta, K. R., y Domènech-Llaberia, E. (2012). Acontecimientos vitales y sintomatología depresiva en población adolescente. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *17*, 123-135.
- Garber, J. (2006). Depression in Children and Adolescents. Linking Risk Research and Prevention. *American Journal of Preventive Medicine*, *31*(6S1):S104-S125.
- Garber, J., Clarke, G. N., Weersing, V. R., Beardslee, W. R., Brent, D. A., Gladstone, T. R. G., ... Iyengar, S. (2009). Prevention of Depression in At-Risk Adolescents. A Randomized Controlled Trial. *JAMA*, *301*, 2215-2224.
- Gladstone, T.R.G., & Beardslee, W.R. (2009). The Prevention of Depression in Children and Adolescents: A Review. *Canadian Journal of Psychiatry*, *54*, 212-221.
- Gillham, J.E., Brunwasser, S.M., & Freres, D.R. (2008). *Preventing depression early in adolescence: The Penn Resiliency Program*. In J.R.Z. Abela y B.L. Hankin (Eds.) *Handbook of Depression in children and adolescents* (pp. 309-332). New York: Guilford Press.
- Gillham, J. E., Hamilton, J., Freres, D. R., Patton, K., & Gallop, R. (2006). Preventing depression among early adolescents in the primary care setting: A randomized controlled study of the Penn Resiliency Program. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *34*, 203-219.
- Gillham, J. E., Jaycox, L. H., Reivich, K. J., Seligman, M. E. P., & Silver, T. (1990). *The Penn Resiliency Program. (Also known as the Penn Depression Prevention Program and the Penn Optimism Program)*. Unpublished manuscript, University of Pennsylvania.
- Harvey, S. B., Hotopf, M., Overland, S., & Mykletun, A. (2010). Physical activity and common mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, *197*, 357-364.
- Horowitz, J. L. y Garber, J. (2006). The prevention of depressive symptoms in children and adolescents: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *74*, 401-415.
- Jané-Llopis, E., Hosman, C., Jenkins, R., & Anderson, P. (2003). Predictors of efficacy in depression prevention programmes. *British Journal of Psychiatry*, *183*, 384-397.
- King, M. B., Nazareth, I., Levy, G., Walker, C., Morris, R., Weich, S., ... Torres-Gonzalez, F. (2008). Prevalence of common mental disorders in general practice attendees across Europe: The PREDICT study. *British Journal of Psychiatry*, *192*, 362-367.
- Marchand, E., Ng, J., Rohde, P., & Stice, E. (2010). Effects of an indicated cognitive-behavioral depression prevention program are similar for Asian American, Latino, and European American adolescents. *Behaviour Research and Therapy* *48*, 821-825.

- McLaughlin, K. A., Kubzansky, L. D., Dunn, E. C., Waldinger, R., Vaillant, G., & Koenen, K. C. (2010). Childhood social environment, emotional reactivity to stress, and mood and anxiety disorders across the life course. *Depression and Anxiety*, 27, 1087-1094.
- M3ndez, J., Olivares, J., y Ros, C. M. (2001). Características cl3nicas y tratamiento de la depresi3n en la infancia y adolescencia. En V. E. Caballo y M. A. Sim3n (Eds.), *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente* (pp. 139-185). Madrid: Pir3mide.
- M3ndez, F. X., Rosa, A. I., Montoya, M., Espada, J. P., Olivares, J., y S3nchez, J. (2002). Tratamiento psicol3gico de la depresi3n infantil y adolescente: ¿Evidencia o promesa? *Psicología Conductual*, 10, 563-580.
- Merry, S. N., Hetrick, S.E., Cox, G.R., Brudevold-Iversen, T., Bir, J.J., & McDowell, H. (2011). Psychological and educational interventions for preventing depression in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 12*. Art. No.: CD003380. DOI: 10.1002/14651858. CD003380.pub3.
- Merry, S., McDowell, H., Wild, C., Bir, J., & Cunliffe, R. (2004). A randomized placebo-controlled trial of a school based depression prevention program. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 538-547.
- Mihalopoulos, C., Vos, T., Pirkis, J., Smit, F., & Carter, R. (2011). Do indicated preventive interventions for depression represent good value for money? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45, 36-44 (doi: 10.3109/00048674.2010.501024).
- Mir3, M.T., Perestelo-P3rez, L., P3rez, J., Rivero, A., Gonz3lez, M., De la Fuente, J., y Serrano, P. (2011). Eficacia de los tratamientos psicol3gicos basados en mindfulness para los trastornos de ansiedad y depresi3n: Una revisi3n sistem3tica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16, 1-14.
- Mrazek, P., y Haggerty, R. J. (1994). *Reducing risks for mental disorders. Frontiers for preventive intervention research*. Washington, DC: National Academy Press.
- Pattison, C., & Lynd-Stevenson, R.M. (2001). The prevention of depressive symptoms in children: The immediate and long-term outcomes of a school based program. *Behaviour Change*, 18, 92-102.
- Payton, J., Weissberg, R.P., Durlak, J.A., Dymnicki, A.B., Taylor, R.D., Schellinger, K.B., & Pachan, M. (2008). *The positive impact of social and emotional learning for kindergarten to eighth-grade students: Findings from three scientific reviews*. Chicago, IL: Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning.
- Roosa, M. W., Gensheimer, L. K., Short, J. L., Ayers, T. S., & Shell, R. (1989). A preventive intervention for children in alcoholic families: Results of a pilot study. *Family Relations*, 38, 295-300.
- S3nchez-Hern3ndez, 3. (2012). *Eficacia de sendas intervenciones de psicología positiva para la Promoci3n del Bienestar y la Prevencci3n de la Depresi3n infantil y de la Depresi3n adolescente*. Tesis Doctoral Europea no publicada. Murcia: Universidad de Murcia.
- S3nchez-Hern3ndez, 3., y M3ndez, F.X. (2009). *Programa Sonrisa*. Manuscrito no publicado.
- S3nchez Meca, J., y Botella, J. (2010). Revisi3nes sistem3ticas y meta-an3lisis: Herramientas para la pr3ctica profesional. *Papeles del Psic3logo*, 31, 7-17.
- Sanju3n, P., Magallares, A., Gonz3lez, J.L., y P3rez-Garc3a, A. (2013). Estudio de la validez de la versi3n espa1ola del Cuestionario de Estilo Atribucional ante Situaciones Negativas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18, 61-71.
- Seligman, M. E., Schulman, B. S., DeRubeis, R. J., & Hollon, S. D. (1999). The prevention of depression and anxiety. *Prevention & Treatment*, 2, Article 8. Retrieved from <http://journals.apa.org/prevention/volume2/pre0020008.a.html>
- Seligman, M. E., Schulman, P., & Tryon, A. M. (2007). Group prevention of depression and anxiety symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1111-1126.
- Shatt3, A. J. (1996). *Prevention of depressive symptoms in adolescents: Issues of dissemination and mechanisms of change*. Doctoral Dissertation, University of Pennsylvania. UMI No. 9713001.
- Sheffield, J., Spence, S., Rapee, R., Kowalenko, N., Wignall, A., Davis, A., & McLoone, J. (2006). Evaluation of universal, indicated, and combined cognitive-behavioral approaches to the prevention of depression among adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 66-79.
- 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, 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, 3-13.
- Spence, S. H., Sheffield, J. K., & Donovan, C. L. (2005). Long-term outcome of a school-based universal approach to prevention of depression in adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 160-167.
- Stewart, D., & Sun, J. (2007). Resilience and depression in children: Mental health promotion in primary schools in China. *International Journal of Mental Health Promotion*, 9, 37-46.
- Stice, E., Rohde, P., Seeley, J., & Gau, J. (2010). Testing mediators of intervention effects in randomized controlled trials: An evaluation of three depression prevention programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 273-280.
- Stice, E., Shaw, H., Bohon, C., Marti, C.N., & Rohde, P. (2009). A meta-analytic review of depression prevention

- programs for children and adolescents: F factors that predict magnitude of intervention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 486-503.
- Sutton, J. M. (2007). Prevention of depression in youth: A qualitative review and future suggestions. *Clinical Psychology Review*, 27, 552-571.
- Tennant, R., Hiller, L., Fishwick, R., Platt, S., Joseph, S., Weich, S., ... Stewart-Brown, S. (2007). The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): Development and UK validation. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5, 1477-7525.
- Titov, N., Dear, B.F., Johnston, L., & Terides, M. (2012). Transdiagnostic internet treatment for anxiety and depression. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17, 237-260.
- Vázquez, C. (2013). La psicología positiva y sus enemigos: Una réplica en base a la evidencia científica. *Papeles del Psicólogo*, 34, 91-115.
- Vázquez, C., Hemangómez, L., Hervás, G., y Nieto-Moreno, M. (2006). La evaluación de la depresión en adultos. En V. Caballo (Ed.), *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos* (pp. 89-114). Madrid: Pirámide.
- Wolchik, S. A., West, S. G., Westover, S., Sandler, I. N., Martin, A., Lustig, J., ... Fisher, J. (1993). The children of divorce parenting intervention: Outcome evaluation of an empirically based program. *American Journal of Community Psychology*, 21, 293-331.
- Young, J. F., & Mufson, L. (2003). *Manual for interpersonal psychotherapy-adolescent skills training (IPT-AST)*. Nueva York: Columbia University.
- Young, J. F., Mufson, L., & Davies, M. (2006). Efficacy of interpersonal psychotherapy-adolescent skills training: An indicated preventive intervention for depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 1254-1262.
- 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.