

PREVENCIÓN DEL COMIENZO DE LA DEPRESIÓN Estado actual y desafíos futuros

F.L. Vázquez y A. Torres

Fernando L. Vázquez es profesor titular del Área de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico del Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Santiago de Compostela (Campus Universitario Sur, 15782 Santiago de Compostela). Ángela Torres Iglesias es médico especialista en Psiquiatría y profesora titular del Área de Psiquiatría del Departamento de Psiquiatría, Radiología y Salud Pública de la Facultad de Medicina y Odontología de la Universidad de Santiago de Compostela.

La necesidad de desarrollar programas preventivos para los trastornos depresivos.

En el momento actual, existen múltiples argumentos que sugieren que la prevención de la depresión debería ser una estrategia sanitaria prioritaria, teniendo sobre todo en cuenta las siguientes razones: la magnitud epidemiológica de esta patología;

su especial tendencia a la cronicidad; el alto índice de comorbilidad que la caracteriza; y el coste personal, social y económico que implica.

Desde el punto de vista epidemiológico se trata, en efecto, de uno de los trastornos psiquiátricos más comunes. En Europa occidental, se estima que entre un 5 y un 10% de la población general padece depresión mayor en algún momento de su vida (Wittchen, Knauper y Kessler, 1994), siendo la tercera causa de consulta en atención primaria de salud (Singleton, Bumpstead, O'Brien, Lee y Meltzer, 2001). Teniendo en cuenta su ritmo de progresión, se ha anticipado que esta patología va a constituir la principal causa de discapacidad y muerte en el mundo para el año 2010 (Murray y López, 1996), tan sólo superada por las enfermedades cardiovasculares.

El estudio epidemiológico ODIN (*Outcome of Depresión Internacional Network*), realizado en muestras aleatorias seleccionadas de la población general de 5 países europeos (5 muestras urbanas y 4 rurales) con un

diseño transversal en doble fase, obtiene una prevalencia global de trastornos depresivos del 8.6%, y diferencia tres grandes áreas en el espacio europeo según la frecuencia estimada de patología depresiva (Ayuso-Mateos et al., 2001). Curiosamente, en dicha investigación, España parece encontrarse dentro de la categoría de baja prevalencia con una tasa promedio del 2.6% (1.7-4%), dato referido a muestra de población urbana específica. No obstante, el *Comité para la Prevención y Tratamiento de la Depresión* estima que la patología depresiva afectaría a un 10% de la población adulta española (Sainz de Rozas, Ruiz-Clavijo y Díaz, 2004), extrapolando los datos de la prevalencia anual obtenida en los distintos estudios realizados con población general.

Se sabe desde hace tiempo que la tasa de morbilidad psiquiátrica en la población general se sitúa en torno a un 15% (Vázquez-Barquero et al., 1987), cifra que se duplica en los pacientes que acuden a atención primaria (Goldberg, 1995). Sin embargo, las investigaciones realizadas en este nivel asistencial ponen de manifiesto que más de la mitad de los pacientes con patología psíquica no son correctamente diagnosticados por su médico (Ustün y Sartorius, 1995; Vázquez-Barquero et al., 1997); este porcentaje de infradiagnósticos se conocen con la denominación de *morbilidad psiquiátrica oculta* (Goldberg y Blackwell, 1970). Si extrapolamos estas observaciones a los trastornos depresivos, es fácil de entender que con frecuencia se hable de *enfermedad invisible* (National Institute of Mental Health, 2001). En la literatura se sugiere que hasta un 50% de los casos de depresión no son identificados clínicamente en atención primaria, y que cuando se realiza el diagnóstico, no es infrecuente que el tratamiento se platee de forma inadecuada, tanto en atención primaria como en atención especializada (Dawson, Lavory, Coryell, Endicott y Keller, 1999; Keller, 2001; Simon, 2002; WHO, 2001). Dicha situación, se constata en distintos países (Ohayon y Lader, 2002).

La depresión, asimismo, constituye un factor de riesgo para el suicidio (Möller, 2003; Rutz, 2001), aunque no el único. Se estima que casi la mitad de los pacientes de atención primaria con un trastorno depresivo mayor presentan en algún momento ideación suicida. En 1998 se produjeron en España 11.796 fallecimientos por trastornos mentales; la tasa de mortalidad por suicidio está estimada entre 7 y 8 por 100.000 habitantes, lo que coincide con los 3.261 suicidios registrados en nuestro país ese año (Instituto nacional de Estadística, 1994). El panorama en EE.UU parece bastante similar a la de Europa. En un amplio estudio, Kessler, Berglund et al. (2003) encontraron que la depresión mayor ha incrementado su prevalencia en ese país de un 6.6% a un 16.2%. Además, se sabe que muchos norteamericanos que padecen esta patología, buscan ayuda en otros ámbitos (como el religioso, o servicios sociales), y hasta un 15% acuden a las medicinas alternativas (Kessler, Demler et al., 2003).

La patología depresiva tampoco es patrimonio exclusivo de la edad adulta. Varios estudios epidemiológicos señalan que en torno a un 2 %

de los niños (Birmaher et al., 1996; Lagges y Dunn, 2003) y alrededor de un 5% de los adolescentes (Domínguez y Torres, 1996; Shaffer, Fisher y Dulkan, 1996) sufren algún trastorno depresivo. En un importante estudio longitudinal (Weissman et al., 1999) se concluye que la depresión de aparición temprana habitualmente tiene su continuidad en la edad adulta, y señala que la depresión juvenil también predice una patología más severa en la vida adulta. En 1997, el suicidio era la tercera causa de muerte entre los 10 y los 24 años (Hoyert, Kochanek y Murphy, 1999). Se sabe que la depresión en la infancia y en la adolescencia también se asocia con un riesgo aumentado de conductas suicidas (Weissman et al., 1999), en particular si la depresión se acompaña de trastorno de conducta y de abuso de sustancias (Shaffer y Craft, 1999).

En una amplia y reciente investigación realizada en España sobre las actitudes de la población española frente a la depresión (Comas y Álvarez, 2004) se apunta que dos de cada tres españoles consideran que la depresión es una enfermedad; la mayoría opina que es una de las tres patologías más prevalentes, y que su incidencia va a aumentar en el futuro. El efecto secundario de los antidepressivos más referido por la población es la dependencia, siendo ésta la principal causa por la que la mayoría de los españoles rechazarían un tratamiento farmacológico a largo plazo; la mitad de las personas que habían sido tratadas de depresión pensaban que habían tenido un apoyo familiar y social suficiente; y el 80% de los depresivos ocultan su diagnóstico por temor al estigma en el entorno laboral.

Un hallazgo común es la mayor prevalencia de trastornos depresivos en el sexo femenino (Ayuso-Mateos et al., 2001; Jenkins et al., 1997; Vicente et al., 2004). Algunos autores (ej., Burt y Stein, 2002), estiman que la prevalencia de depresión a lo largo del ciclo vital es de 1.7 a 2.7 veces mayor en mujeres que en varones. Para explicar este fenómeno, se ha planteado la contribución de factores hormonales, psicológicos, genéticos, y ambientales (Stewart y Khalid, 2005).

Un 50% de los pacientes que se recuperan de un primer episodio depresivo presentan, como mínimo un nuevo episodio en los dos años siguientes a la recuperación (Angst, 1992). El riesgo de episodios depresivos parece incrementarse con el número de episodios previos (Goodwin y Jamnison, 1990). Con el incremento de episodios, los intervalos libres de síntomas se acortan, y la calidad de vida decrece con cada nuevo episodio (Mintz, Arrude y Hwang, 1992).

Pero los trastornos depresivos no constituyen únicamente un problema de salud mental, sino una patología que en la actualidad cada vez más tiende a ser percibida dentro de las enfermedades crónicas (Andrews, 2001; Wagner et al., 2001). Asimismo, los trastornos depresivos también se caracterizan por un alto índice de comorbilidad con otras patologías. Así, los pacientes con trastornos somáticos funcionales (dorsalgias, vértigos, acúfenos, intestino irritable), presentan significativamente una mayor prevalencia de depresión mayor que los sujetos control (Katon y Sullivan,

1995). Diversos estudios, la mayoría de ellos multicéntricos (Andrews, Headerson y Hall, 2001; Brown, Schulberg, Madonia, Shear y Houck, 1996; Gilvarry, 2000; Sartorius, Üstun, Lecrubier y Wittchen, 1996) confirman la frecuencia de comorbilidad psiquiátrica sobre todo entre trastornos depresivos y de ansiedad, y con los trastornos de personalidad, existiendo un riesgo relativo del 10.6 para presentar cualquier otra patología psiquiátrica además de la depresiva, del 9.3 para la comorbilidad con los trastornos de ansiedad, y del 2.1 para el diagnóstico adicional de abuso o de dependencia alcohólica.

Desde el punto de vista económico, el coste de la depresión varía según los estudios y los países. En España, con toda probabilidad, asciende a 745 millones de euros anuales, de los que un 53.5% corresponde a costes directos, derivados del manejo y tratamiento de los pacientes, y el 46.5% a costes indirectos, generados por muerte prematura de los pacientes o por incapacidad laboral temporal (Ofisalud, 1998).

Prevención, tipos de prevención y pasos necesarios para diseñar un programa preventivo

Concepto de prevención

El significado de la palabra prevención, implica una acción de carácter anticipatorio. Y referida al ámbito de la salud mental, supone una auténtica concepción científica, que incluye no sólo un modo de hacer, sino también, y sobre todo, de pensar, de organizar y de actuar. Un sistema de atención sanitaria será desde luego tanto más eficaz si más que curar, sobre todo previene.

Según la OMS (1998), el concepto de prevención hace referencia al conjunto de "...medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecidas". Aplicado al ámbito de la salud mental, este concepto de prevención se refiere, necesariamente a un marco integral de atención a las personas que se fundamenta en una perspectiva biopsicosocial en la que se interrelaciona la promoción, la prevención, el tratamiento, y la readaptación. Dentro de este paradigma, hacer prevención implica promover la salud, pero también diagnosticar y tratar adecuadamente la enfermedad, y disminuir el impacto de sus secuelas o complicaciones en la persona que la padece.

Sin embargo, aunque prevención y tratamiento son conceptos relacionados, existen algunas diferencias teóricas y prácticas aplicables a los diseños de investigación (Muñoz, Mrazek y Haggerty, 1996). La frontera entre prevención y tratamiento sería, precisamente, el comienzo del problema clínico en cuestión (Mrazek y Haggerty, 1994). Para la depresión mayor, las intervenciones centradas en sujetos que ya reúnan los criterios diagnóstico, serían *intervenciones de tratamiento*, mientras que aquellas destinadas a sujetos que no los cumplan, serían de tipo *preventivo* si su

objetivo es reducir la proporción de individuos que llegan a desarrollar el episodio depresivo. En los *ensayos de tratamiento*, los individuos que reúnan los criterios de trastornos depresivo son asignados de forma aleatorizada a diferentes opciones terapéuticas, midiéndose posteriormente el resultado. La meta de este tipo de estudios consiste en reducir los síntomas depresivos hasta que los pacientes no cumplan los criterios diagnósticos; además, el éxito del ensayo se definiría en términos de disminución de síntomas clínicos, o de tasas de pacientes que no reúnan los criterios clínicos específicos tras el tratamiento. Los *ensayos de prevención*, sin embargo, se centran en sujetos que, sin reunir los criterios establecidos para el trastorno depresivo, se encuentran en situación de riesgo inminente para presentar un episodio clínico; dichos sujetos son asignados aleatoriamente a una intervención preventiva o a uno o más grupos control. La meta en este caso sería “mantener a raya” los síntomas depresivos de manera que no traspasen la línea hacia un episodio depresivo mayor. El éxito de la intervención, vendría definido por niveles significativamente más bajos de episodios depresivos.

Tipos de prevención

Dado que la salud-enfermedad debe ser entendida como un proceso dinámico que está condicionado por múltiples factores, varios serán los niveles de actuación preventiva. Clásicamente, se han diferenciado tres niveles de prevención: primaria, secundaria y terciaria (ver Tabla 1), que están relacionados con las fases de la historia natural de la enfermedad.

Esta visión tradicional de la prevención se ha visto ampliada para el caso de la patología psiquiátrica, por una visión basada en la reducción del riesgo (Mrazek y Haggerty, 1994). Para ello, estos autores adoptan la tipología propuesta por Gordon (1987) en la que se distinguen tres ámbitos de prevención:

1.- Intervención universal (*universal preventive intervention*): dirigida a toda la población, o a aquella parte de la población general que no ha sido identificada como grupo concreto de alto riesgo para la enfermedad.

2.- Intervención selectiva (*selective preventive intervention*): las actuaciones preventivas se dirigen a aquellos individuos o grupos, cuyo riesgo de desarrollar trastornos psiquiátricos se sitúa por encima del riesgo medio de la población general.

3.- Intervención indicada (*indicated preventive intervention*): aquella dirigida a los individuos con alto riesgo en los que se han identificado manifestaciones prodrómicas, síntomas o signos del trastorno, pero en los que todavía no se cumplen criterios de patología psiquiátrica.

Tabla 1
Objetivos y actividades preventivas

	NIVEL PRIMARIO	NIVEL SECUN-DARIO	NIVEL TERCIARIO
Concepto	Evitar aparición de la enfermedad, controlando factores causales y/o de riesgo	Detener o retardar el progreso de la enfermedad	Evitar, reducir o retardar las secuelas de la enfermedad
Objetivo	Disminuir la incidencia de la enfermedad	Reducir la prevalencia de la enfermedad	Mejorar la calidad de vida de los enfermos
Etapa de la historia natural del la enfermedad	Prepatogénico	Patogénico	Resultados (cronicidad)
Actividades	Promoción de la salud Protección de la salud	Detección precoz de la enfermedad	Tratamiento Rehabilitación

Para este autor (Gordon, 1987), los tres tipos de intervención también se diferencian en los beneficios y riesgos de las acciones preventivas. Así, defienden que la intervención *universal* sólo se justificaría cuando los beneficios que de ella se derivan son también universales, y los riesgos, efectos secundarios y costes de la intervención, muy bajos. En esta modalidad se encontrarían las campañas de vacunación. En el ámbito de la salud mental, estas intervenciones son menos numerosas, pero se recoge en la literatura el ejemplo de un programa impartido a través de un medio de masas encaminado a manejar el estado de ánimo (Muñoz, Glish, Soo-Hoo y Robertson, 1982). Su valor en los trastornos depresivos es indudable. Para algunos autores (Gillham, 2003), las intervenciones universales serían especialmente importantes cuando (a) el problema a prevenir tenga un impacto epidemiológico amplio, (b) su frecuencia esté aumentando, (c) su incremento se relacione al menos en parte con cambios en el estilo de vida o en la conducta, y (d) los procedimientos de *screening* sean insuficientes para detectar a muchos individuos que finalmente llegan a padecer el trastorno. Desde luego, todas y cada una de estas afirmaciones se cumplen para los trastornos depresivos. También existen buenos ejemplos de las otras dos modalidades de prevención, como intervenciones en pacientes de atención primaria con bajos ingresos para el caso de la prevención *selectiva* (Muñoz et al., 1995); y las actuaciones en estudiantes hijos de padres a tratamiento por depresión, que presentan puntuaciones altas para síntomas depresivos (Clarke et al., 2001), en el caso de las intervenciones *indicadas*.

Por otro lado, una aproximación preventiva a nivel primario asume como meta promocionar la salud e impedir el desarrollo de patología, eliminando los factores causales, controlando los factores de riesgo, fortale-

ciendo la resistencia del individuo a ellos, e interfiriendo en el proceso de transmisión de la enfermedad. Este planteamiento resulta particularmente aplicable a las patologías de etiología unicausal, cuyo prototipo son las enfermedades infecciosas. En el caso de las enfermedades psiquiátricas como la depresión, la tarea de controlar los factores causales y de fortalecer al individuo ante ellos, se complica notablemente, ya que, al igual que las enfermedades médicas de tipo crónico, se trata de patologías de etiopatogenia multifactorial o multicausal. En esta línea Jenkins (1992), en un trabajo sobre estrategias preventivas en depresión y ansiedad, utiliza un modelo explicativo donde los factores etio-patogénicos se clasifican en: predisponentes, precipitantes y mantenedores; diferenciándose en cada categoría, a su vez, factores biológicos, psicológicos y sociales. Los factores predisponentes son aquellos que hacen al individuo vulnerable o susceptible de padecer el trastorno; los precipitantes, se refieren a aquellos que desencadenarían el trastorno en una persona predispuesta al mismo; y los mantenedores, los que ayudan a mantenerlo en el tiempo.

Ensayos aleatorios de intervenciones específicas centrados en la prevención del comienzo de la depresión

Mientras hay una evidencia sustancial de que los síntomas depresivos se pueden reducir a través de los programas preventivos (ver Gillham, Shatté y Freres, 2000; Jané-Llopis, Hosman, Jenkins y Anderson, 2003; Merry, McDowell, Hetrick, Bir y Muller, 2005; Muñoz, Le, Clarke y Jaycox, 2002), hay poca investigación controlada sobre la prevención del comienzo de la depresión (ver Tabla 2). El Proyecto de Investigación de la Prevención de la Depresión de San Francisco, realizado entre 1983 y 1986, fue el primer estudio en el que se empleó un diseño aleatorio controlado para evaluar la prevención de la depresión (Muñoz y Ying, 1993; Muñoz, Ying, Armas, Chan y Gurza, 1987; Muñoz et al., 1995). Fue también el primer estudio que analizó los efectos de los diferentes mediadores propuestos para los síntomas depresivos. Ciento cincuenta pacientes de atención primaria no deprimidos (sin ningún trastorno psiquiátrico) de entre 18 a 69 años, pertenecientes en su mayoría a una comunidad minoritaria de bajos ingresos, se asignaron al azar a un grupo de prevención o control.

Tabla 2

Ensayos aleatorios de intervenciones específicas centrados en la prevención del comienzo de la depresión

Estudios	Participantes	Intervención	Instrumentos de evaluación de la depresión	Resultados
Muñoz et al. (1995)	150 adultos de atención primaria de lengua inglesa y española: 72 experimental vs. 78 control no tratamiento	Curso de Prevención de la Depresión; 8 sesiones grupales semanales de 2 horas de duración aplicado por psicólogos con doctorado	Incidencia: DIS Síntomas: BDI, CES-D	Incidencia (12 meses de seguimiento): 3.0% experimental vs. 5.5% control (n.s.) Síntomas: BDI ($p = .01$); CES-D (n.s.)
Clarke et al. (1995)	150 estudiantes de bachillerato: 76 experimental, 74 control (atención habitual)	Curso de Afrontamiento del Estrés: 15 horas en sesiones de grupo por psicólogos con máster	Incidencia: KSADS, LIFE Síntomas: CES-D, HAM-D	Incidencia (12 meses de seguimiento): 14.5% experimental vs. 25.7% control ($p < .05$) Síntomas: CES-D (n.s.)
Clarke et al. (2001)	94 adolescentes con padres con depresión: 45 experimental; 49 control (atención habitual)	Curso de Afrontamiento de la Depresión para Adolescentes: 15 horas en sesiones de grupo aplicado por terapeutas con máster	Incidencia: KSADS, LIFE Síntomas: CES-D; HAM-D	Incidencia (12 meses de seguimiento): 9.3% control vs. 28.8% experimental ($p = .003$) Síntomas: CES-D ($p = .005$)
Seligman et al. (1999)	231 universitarios de primer año: 109 experimental; 124 control de no tratamiento	Apex Project: 8 sesiones semanas grupales de 2 horas de duración aplicado por terapeutas con doctorado	Incidencia: SCID, LIFE Síntomas de depresión: BDI, HAM-D	Incidencia (3 años de seguimiento): 13.2% experimental vs. 10.9% control (n.s.) Síntomas: BDI ($p = .02$); Hamilton (n.s.)

Los participantes del grupo de intervención recibieron el *Curso de la Prevención para la Depresión* (Muñoz y Ying, 1993), que constaba de 8 sesiones, se aplicó en pequeños grupos y cada sesión duraba en torno a 2 horas. Se enseñaron en grupo procedimientos cognitivo-conduc-

tuales adaptados del libro *Controla tu depresión* (Lewinsohn, Muñoz, Youngren y Zeiss, 1978) a español e inglés, simplificando el lenguaje y utilizando ejemplos apropiados culturalmente a una población predominantemente minoritaria y de bajos ingresos. El curso se centró en identificar y cambiar los pensamientos negativos, incrementar las actividades placenteras y las interacciones con otros, relajación, colocar metas, y técnicas para monitorizar los efectos en el estado de ánimo de los pensamientos, los comportamientos y las relaciones interpersonales.

Los trastornos depresivos y los síntomas depresivos se evaluaron antes de la intervención y la posintervención y a un año de seguimiento. También se evaluaron los mediadores conductuales y cognitivos que habían propuesto, incluyendo el pesimismo, los pensamientos negativos y positivos acerca de uno mismo, y la implicación en actividades placenteras y sociales. Se contactó al año de seguimiento con 139 sujetos. De éstos, seis reunieron los criterios del DSM para la depresión mayor durante el último año: cuatro en el grupo control y dos en el experimental. Aunque los resultados fueron en la dirección predicha, la baja incidencia no permitió probar, debido a la ausencia de potencia estadística, si la intervención redujo el porcentaje de nuevos casos. Hubo una reducción significativamente mayor de los síntomas depresivos medidos por el BDI, pero no por la CES-D, en el grupo experimental comparado con el control en todos los períodos evaluados. Los autores explicaron esta discrepancia basándose en el hecho de que en el BDI hay un mayor peso de los síntomas cognitivos –que son los que se trabajaron fundamentalmente en la intervención–, mientras que el CES-D hay un mayor peso de los síntomas afectivos. También se encontraron mejoras significativas en algunas de las variables conductuales y cognitivas, y hubo evidencia de que la mejora en estas variables, en parte, actuó como mediador del efecto preventivo sobre los síntomas depresivos.

Clark y colaboradores realizaron el primer ensayo clínico aleatorio de prevención de la depresión en adolescentes (Clark et al., 1995). El origen de esta investigación se sitúa en dos ensayos de prevención universal, que habían llevado a cabo con anterioridad este equipo de investigación, en los que se administró la escala CES-D a 1.652 estudiantes ($M = 15.3$ años de edad) a los que, o bien estaban recibiendo prevención universal en las clases de salud contempladas en su plan de estudios, o que formaban parte de las clases control. De ellos, 150 estudiantes de décimo grado (segundo ciclo de la ESO) que informaron niveles elevados de síntomas depresivos (punto de corte 24), pero que no reunían los criterios para un trastorno depresivo, se asignaron al azar a los grupos de prevención o de atención habitual; en esta última condición tenían la posibilidad de continuar con cualquier intervención preexistente o buscar cualquier ayuda nueva durante el período del estudio.

El programa de prevención que se aplicó en la condición experimental fue el denominado *Curso de Afrontamiento del Estrés*, intervención

que fue adaptada del *Curso de Afrontamiento de la Depresión para Adolescentes* (Clarke, Lewinsohn y Hops, 1990). Se enseñó a los participantes a lo largo de 15 sesiones de 45 minutos distintas habilidades cognitivas (ej., identificación y disputa de los pensamientos negativos o irracionales; autoverbalizaciones; solución de problemas) y conductuales (ej., incremento de actividades agradables, habilidades sociales). Las historietas, los juegos de roles y los grupos de discusión se adaptaron al nivel de desarrollo de los participantes. La orientación teórica que subyace a este programa se basa en el modelo multifactorial de Lewinsohn et al. (1985) de la depresión. La depresión es el resultado de múltiples elementos etiológicos que actúan en combinación, incluyendo las cogniciones negativas, los sucesos estresantes y los factores de riesgo/predisposición/vulnerabilidad (ej., ser mujer, historia de depresión, tener padres con depresión) y factores de protección o inmunidad a la depresión (ej., alta autoestima, habilidades de afrontamiento, alta frecuencia de actividades y sucesos placenteros).

Los estudiantes completaron la escala CES-D antes de la intervención, en la posintervención y a los 6 y 12 meses de seguimiento. Se realizaron también entrevistas clínicas en estos períodos de evaluación. La incidencia de depresión fue significativamente menor en el grupo de prevención que en el control en el período de seguimiento. La intervención también redujo significativamente los síntomas depresivos en la posintervención, pero no en el período de seguimiento.

En otro estudio realizado por el mismo equipo de investigación (Clarke et al., 2001) se centraron en la prevención de episodios depresivos en jóvenes adolescentes que informaron niveles elevados de síntomas depresivos (punto de corte 24 en la CES-D), pero que no reunían los criterios para un trastorno depresivo. También se incluyó como criterio para ser incluido en el estudio el que los padres de los jóvenes estuviesen sufriendo un episodio de depresión mayor o distimia (evaluado a través de la *Entrevista de la Familia para Trastornos Afectivos y Esquizofrenia*; F-SADS), o habían tenido un episodio en los últimos 12 meses y todavía estaban recibiendo medicación. Los sujetos se asignaron al azar a una condición de prevención o a una condición de atención habitual. En la condición experimental los terapeutas aplicaron 15 sesiones grupales de una hora de duración de una versión breve modificada del *Curso de Afrontamiento de la Depresión para Adolescentes* (Clarke et al., 1990); a los adolescentes se les enseñó técnicas de reestructuración cognitiva con el objeto de identificar y desafiar pensamientos demasiados negativos o poco realistas e irracionales, con un especial énfasis en creencias relacionadas con tener un padre deprimido. Se realizaron evaluaciones al final de la intervención, a los 12 y a los 24 meses de seguimiento. Hubo una reducción significativa de los episodios de depresión mayor en la condición de tratamiento vs. control en el seguimiento a los 12 meses. En este mismo período de evaluación, las puntuaciones en

sintomatología depresiva también fueron significativamente más bajas para el grupo de prevención de la depresión. Estos efectos preventivos, aunque disminuyeron gradualmente, persistieron hasta los 24 meses de seguimiento.

Otro ensayo clínico aleatorio centrado en la prevención de los trastornos depresivos fue el que realizaron Seligman y colegas (Seligman, Schulman, DeRubeis y Hollon, 1999). En la intervención participaron 231 estudiantes universitarios de primer año de la Universidad de Pensilvania en riesgo de depresión, definido como la puntuación ubicada en el cuartil inferior del Cuestionario de Estilo Atribucional, en el que incluye a aquellos sujetos con el estilo más pesimista (tienen un riesgo hasta 6 veces mayor de desarrollar una depresión).

La intervención que aplicaron, y que denominaron *Apex program* (Gillham et al., 1991) se basó en gran parte en la teoría cognitiva de Beck y colaboradores (Beck, 1976; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979). Consistió en 8 sesiones grupales de 2 horas de duración cada una. El programa constó de dos componentes principales: un componente de reestructuración cognitiva y un componente de habilidades de solución de problemas. En el componente cognitivo, a los participantes se les enseñó el modelo cognitivo de la emoción y la conducta (ej., la interpretación de los acontecimientos tiene un importante impacto en los sentimientos y las emociones), identificar los pensamientos negativos automáticos y las creencias subyacentes, disputar los pensamientos negativos generando alternativas y evaluar la evidencia a favor y en contra de estos pensamientos. En el componente de solución de problemas, se presentaron algunas técnicas para manejar el estrés resolver problemas interpersonales y relacionados con el logro académico. Éstas incluyeron tareas de desglose en componentes manejables (asignación de tareas graduales), escucha activa, tomando perspectiva (reatribución), asertividad y entrenamiento en relajación.

Se evaluó antes de la intervención, en la posintervención y a los 6 meses y 3 años la existencia de trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, síntomas depresivos, síntomas de ansiedad y algunos mediadores cognitivos (estilo atribucional, actitudes disfuncionales, desesperanza y autoestima). A los 3 años de seguimiento, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos control y de prevención en los episodios de depresión. Se encontraron efectos preventivos para la depresión moderada, pero no severa. Los investigadores informaron una tasa significativamente más baja de ansiedad generalizada en el grupo de prevención. No se encontraron efectos para el éxito académico, pero se encontraron efectos significativos en factores relacionados con la salud, como menos síntomas de enfermedad física y menos visitas al centro de salud para estudiantes de la universidad. Hubo reducciones significativas en los síntomas de depresión y ansiedad. Se hallaron mejoras significativas en el estilo atribucional, las acti-

tudes disfuncionales y la desesperanza, y los datos mostraron que los cambios en estas variables cognitivas mediaron parcialmente los efectos de la intervención sobre los síntomas depresivos.

Variables relacionadas con la eficacia en los ensayos de prevención

Esos ensayos muestran que las intervenciones preventivas para manejar el estado de ánimo pueden ser beneficiosas tanto en hombres como en las mujeres. Dos de los estudios con muestras de adultos (Muñoz et al., 1995; Seligman et al., 1999) no hallaron diferencias estadísticamente significativas en las tasas de incidencia de la depresión mayor, mientras que los dos ensayos realizados con adolescentes lograron ese objetivo (Clark et al., 1995, 2001). Los ensayos realizados por Clark y colegas indican que es posible prevenir el comienzo de la depresión mayor en adolescentes de alto riesgo. Además, Seligman et al. (1999) informaron de una tendencia no significativa en la prevención de los episodios depresivos ($p < .08$), pero encontraron esa significación cuando analizaron por separado los episodios de severidad moderada ($p < .03$). Es más, se encontró una reducción significativa en la sintomatología depresiva en todos los ensayos excepto en el de Clarke et al. (1995), poniendo de relieve que los programas de prevención tuvieron efectos positivos sobre el estado de ánimo incluso en casos donde las reducciones en la incidencia de la depresión no alcanzaron significación estadística. Seligman y colegas, los únicos investigadores que encontraron diferencias en el resultado en función del género, señalaron que las mujeres desarrollaron menos episodios depresivos que los hombres después de la intervención (46% vs. 60%), aunque no encontraron diferencias entre ambos sexos en los síntomas depresivos. Es más, la mayoría de los participantes en los ensayos con adolescentes (Clarke et al., 1995, 2001) fueron chicas (70% y 59% respectivamente), lo que indica que es posible reclutar, retener e impactar positivamente en los síntomas y en la incidencia de la depresión mayor en las jóvenes adolescentes. Este dato parece alentador, pues, como ya se ha apuntado, las mujeres tienen una probabilidad dos veces mayor que los hombres de desarrollar una depresión (Culberston, 1997). No obstante, y sin menospreciar la importancia de la prevención de la depresión en mujeres, es importante recordar que la depresión es también frecuente en hombres. Casi un tercio de los individuos que desarrollan depresión son hombres. Es más, aunque los intentos de suicidio son más frecuentes en las mujeres, los hombres presenta un riesgo mayor de consumar el suicidio. Además, muchos de los factores de riesgo de la depresión identificados se dan con mayor frecuencia en las mujeres, pero cuando esos factores ya están presentes conducen a la depresión a ambos sexos (Nolen-Hoeksema y Girgusk, 1994). Por tanto, los programas de prevención que incluyen chicos y chicas (hombres y mujeres) y se centran en factores de riesgo comunes, y que es probable

que sean efectivos, deberían formar parte de la estrategia de prevención de la depresión.

En todos los ensayos se han utilizado procedimientos cognitivo-conductuales. Ello se debe a que esos programas se han adaptado de tratamientos psicológicos para tratar la depresión, en concreto, de la terapia conductual y de la terapia cognitiva para la depresión, ambas pertenecientes al enfoque cognitivo (Vázquez, 2003). La primera se centra en gran parte en monitorizar y planificar actividades agradables, mejorar las habilidades sociales y de comunicación, aumentar los comportamientos adaptativos y el reforzamiento positivo contingente a los mismos y reducir la intensidad y frecuencia de los acontecimientos aversivos. La segunda, la terapia cognitiva, se centra en cambiar la perspectiva negativa que tiene el paciente deprimido de sí mismo, del mundo y del futuro, con el propósito de modificar la visión negativa de todo lo que abarca el marco de referencia del individuo; los objetivos fundamentales de la terapia son los pensamientos automáticos negativos que mantienen la depresión y los esquemas que han predisuesto al paciente al trastorno. Ambas terapias han demostrado su eficacia para manejar la depresión, como lo confirman numerosos estudios controlados realizados en muy diversos contextos (ver Chambless y Ollendick, 2001; Craighead, Hart, Craighead e Ilardi, 2002; Pérez y García, 2003; Vázquez, Muñoz y Becoña, 2000a). Asimismo, se emplean una diversidad amplia de técnicas en ambos tipos de programas de prevención. Ello es coherente, no sólo con la naturaleza de esas terapias, sino también con la etiología del trastorno (multicausalidad) que se trata de prevenir y con la concepción teórica que subyace a los programas de prevención que hemos visto (multifactorial). La depresión es un problema en el que están implicadas múltiples facetas, caracterizado por un amplio número de síntomas que pueden, o no, estar presentes en cada momento particular. No todas las depresiones obedecen a las mismas causas (Ingram y Trenary, 2005). De hecho, en la actualidad hay un amplio número de teorías que intentan explicar la etiología de la depresión (ver Gotlib y Hammen, 2002; Vázquez, Muñoz y Becoña, 2000b). En concreto, los programas que se aplicaron en los estudios de Muñoz et al., (1985) y Clark et al. (1995, 2001) se apoyan en los planteamientos de Lewinsohn et al. (1985), y el de Seligman et al. (1999) en los de la teoría cognitiva de la depresión de Beck (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979/1983).

Otra característica de todos los ensayos incluidos en esta revisión es que emplearon un manual de aplicación. En general las investigaciones en las que se utilizan manuales de tratamiento incrementan la validez interna y la estandarización (Eifert, Schulte, Zvolenski, Lejuez y Lan, 1997; Nathan, Stuart y Dolan, 2000). Los manuales de tratamiento con apoyo empírico ofrecen una estructura de tiempo limitado, proporcionan objetivos de tratamiento muy concretos y facilitan el entrenamiento (Vázquez, 2004). El empleo de los mismos parece haberse extendido a la investigación empírica, a la enseñanza y al entrenamiento y a la práctica profesional (Gavino,

2004). En algunos países, como por ejemplo en EE.UU, el uso de manuales se acepta como el principal criterio para dar apoyo económico a la investigación, para identificar los tratamientos que han recibido suficiente apoyo empírico que justifiquen su incorporación a la práctica clínica y para determinar qué tratamientos se deben incluir en los programas de formación (Maki y Syman, 1997).

En los estudios de prevención que hemos incluido en esta revisión se han aplicado programas de 8 o más sesiones y con una duración de 45 a 120 minutos. Jané-Llopis et al. (2003) encontraron mejores resultados con los programas de prevención de la depresión en los que se aplicaron intervenciones de 8 o más sesiones que los de menos de 8 sesiones, o con aquellos cuyas sesiones duraban entre 60 y 90 minutos, que con sesiones de menos de 60 minutos o con más de 90 minutos. En general, los tratamientos psicológicos más eficaces tienen metas claras, se centran en solución de problemas inmediatos, son breves –entre 2-6 meses, aunque su duración es mayor con aquellas personas que presentan problemas graves o con varios problemas- y producen mejorías tras las 8-10 primeras sesiones (Labrador et al., 2003). Las intervenciones preventivas deben ser lo suficientemente cortas para ser prácticas, pero suficientemente largas para producir efectos a largo plazo en la conducta (Mrazek y Haggerty, 1994). Obviamente, los beneficios potenciales deberían justificar el coste de la intervención. Por consiguiente, es fundamental proceder a un análisis coste-beneficio con el objeto de determinar la eficacia de una intervención preventiva (Clark, 2004).

En los cuatro ensayos las intervenciones las aplicaron personas entrenadas en este tipo de tratamientos. Este dato es similar al informado por Jané-Llopis et al. (2003) en el que también encontraron que los programas que aplicaron profesionales entrenados que conocen y saben cómo manejar la sintomatología depresiva consiguen mejores resultados que los aplicados por no profesionales, aunque estos no hayan sido entrenados. La eficacia de las terapia cognitivo-conductual para la depresión depende del conocimiento que tenga el terapeuta de la técnica. El terapeuta que recurra a esta técnica debe tener un entrenamiento adecuado para que resulte eficaz (Nathan, Gorman y Salkind, 1999/2002).

La efectividad de estos programas también parece estar muy relacionada con la calidad del diseño empleado en la investigación, hallazgo similar al informado por otros autores (Gillham et al., 2000; Jané-Llopis et al., 2003). A mayor calidad mayor eficacia. Los ensayos de prevención revisados utilizaron los métodos de investigación clínica al uso. Muñoz et al. (1995) fueron los primeros que emplearon un ensayo clínico aleatorio para evaluar la prevención de la depresión y evaluaron posibles mediadores. Los puntos fuertes del estudio de Seligman et al. (1999) incluyen el uso de un diseño aleatorio controlado, la evaluación de múltiples resultados, la evaluación de la integridad del tratamiento, la inclusión de entrevistas diagnósticas para detectar los casos, la longitud

del seguimiento y un bajo porcentaje de pérdidas de sujetos participantes. En los estudios de Clark et al. (1995, 2001) destacar también el uso de diseños aleatorios, así como el de entrevistas clínicas, el análisis del tipo de intención de tratar y la evaluación de la integridad de los tratamientos. Es más, todos esos ensayos, también incluyeron otras recomendaciones cruciales en la investigación de la prevención (Muñoz y Ying, 1993), esto es, identificaron el blanco u objetivo de prevención (qué es lo que se quería prevenir), eligieron una teoría para guiar la intervención (postularon qué mecanismos estaban implicados), identificaron los grupos de alto riesgo (para quién era más apropiada la intervención) y diseñaron la intervención (propusieron cómo se podría prevenir la condición objetivo de la prevención)

Desafíos futuros

La Organización Mundial de la Salud ha identificado a la depresión mayor como la causa número uno de discapacidad en el mundo (Murray y Lopez, 1996). Hay actualmente sólo cuatro ensayos aleatorizados que se centraron en la prevención del comienzo de la depresión. Los ensayos aleatorios controlados en los que la población diana se asigna al azar a una condición experimental o control son los preferidos en el diseño experimental para probar hipótesis, especialmente en los ensayos de intervención preventiva indicada y selectiva (Clark, 2004; Mrazek y Haggerty, 1994). El primer paso de cara al futuro es que se necesitan realizar más estudios de este tipo. Los efectos positivos de las intervenciones en los estudios publicados no han sido replicados por otros equipos de investigación distintos al originario. La Comisión sobre Promoción y Difusión de Procedimientos Psicológicos (Division 12 Task Force, 1995) estableció que para llegar a la conclusión de que una intervención es eficaz se requieren al menos dos ensayos clínicos controlados aleatorizados llevados a cabo por más de un grupo de investigación que demuestren su superioridad sobre un placebo o una intervención efectiva comparable a otro tratamiento bien establecido. Asimismo, aunque hay un importante solapamiento en las intervenciones que hemos revisado, en cada una de ellas se emplea una única combinación de técnicas. No podemos generalizar los hallazgos de uno (o 2 ó 3) programas de prevención. Se necesita más investigación para determinar qué intervenciones son más eficaces y qué habilidades concretas son las más eficaces para prevenir la depresión en una población dada.

Otra cuestión central es mejorar el aspecto metodológico. Por ejemplo, en el estudio de Muñoz et al. (1995) se encuentran problemas como la ausencia de potencia estadística para detectar diferencias en los casos y la pérdida de sujetos durante la fase de *screening*, en el de Clark et al. (1995) no se evaluaron los mediadores potenciales y hubo una pérdida elevada de sujetos durante el seguimiento, o en el de Seligman et al. (1999) que no

se informa de las características de la muestra (ej., raza, etnia, ingresos y educación familiar). Se trata, por tanto, de aplicar la metodología y el diseño de investigación conocidos actualmente (ver Hulley, Cummings, Browner, Grady, Hearst y Newman, 2001; Kazdin, 1998/2001) que permiten evaluar con rigor la eficacia de cualquier tipo de intervención. La investigación en la prevención de la depresión sigue los mismos procedimientos generales de la investigación científica que se aplican en psicología clínica, psiquiatría o en otras áreas de conocimiento científico. El rigor metodológico en la prevención de la depresión implica considerar una serie de cuestiones, entre ellas, definir la población para la que se ha diseñado la intervención, definir los síntomas o condición objetivo, comparar la intervención con un grupo control u otra intervención, asignar al azar los sujetos a las condiciones experimentales, utilizar tratamientos específicos, replicables y recogidos en manuales de intervención, evaluar la integridad de la intervención, utilizar medidas de resultado fiables y válidas, utilizar medidas multimodales para evaluar los resultados, evaluar los posibles mediadores, evaluar la significación clínica de los resultados, evaluación de los posibles efectos negativos de la intervención (ej., estigmatización) o realizar seguimientos apropiados (Chambless y Hollon, 1998; Muñoz et al., 1996).

En algunos de estos programas de prevención que hemos revisado el interés se ha centrado casi exclusivamente en reducir factores de riesgo. En concreto, las intervenciones se han centrado en factores de riesgo cognitivo a nivel individual tales como el estilo atribucional negativo o patrones de pensamiento pesimistas. Las intervenciones que se centren en incrementar los mecanismos de protección es probable que sean más potentes que las que se centran en reducir los mecanismos de riesgo. Entre los factores de protección se podrían incluir la intensificación de las habilidades de solución de problemas, las relaciones interpersonales o el apoyo social. Se trata de centrarse la intervención en realzar los atributos positivos. El crecimiento del campo de la psicología positiva augura la posibilidad de comprender los factores que permiten a los individuos, a las comunidades y a las sociedades a prosperar (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000). De hecho, ya algunos autores (ej., Clark, 2004; Muñoz, 1998; Park, 2003) abogan por incluir medidas que evalúen el bienestar subjetivo y otros resultados positivos en intervenciones cuyo objeto es la prevención de la depresión.

También se necesita más investigación para demostrar que se pueden prevenir los episodios de depresión mayor con otras poblaciones, incluyendo diferentes poblaciones étnicas y diferentes grupos de edad (Muñoz et al., 2002). La importancia de la cultura y del contexto social del individuo no siempre se ha tenido en cuenta, y muchas veces, nos hemos encontrado en que hallazgos de una investigación o una práctica clínica determinada con individuos de una raza, género, u orientación sexual no es generalizable al resto. Los aspectos culturales obligan a matizar la práctica terapéutica (Sue y Sue, 1999). Los efectos de la cultura pueden influir en dis-

tintos aspectos del proceso de intervención de la depresión (Tsai y Chentsova-Dutton, 2002). La investigación en la prevención de la depresión ha de estar orientada a nuestra propia realidad. Es más, no olvidemos tampoco que España ahora es un país que recibe inmigrantes, fenómeno que lleva implícito una mayor diversidad cultural y que, por tanto, sería conveniente que este tipo de intervenciones sean sensibles a los diferentes valores y experiencias de vida de una gran diversidad de sujetos. En cuanto a la edad, resulta difícil defender la aplicación de intervenciones de tratamiento diseñadas para su empleo con adultos a niños, adolescentes o personas mayores, pues presentan diferencias entre sí (ver Lefrançois, 1999/2001), motivo por el cual resulta imprescindible diseñar intervenciones adaptados a los cambios evolutivos e individualizados en cuanto a los objetivos preventivos y los procedimientos empleados.

Aunque los estudios incluidos en esta revisión se centran en intervenciones preventivas específicas (selectivas o indicadas), parece recomendable enfocar la prevención de la depresión desde múltiples niveles. La depresión es uno de los principales problemas de salud pública que necesita de los esfuerzos de prevención a nivel de la comunidad, de la sociedad y global (Gillham, 2003). Los estudios de prevención es más probable que alcancen a las personas en las que están interesadas si implican a las familias, a la escuela, al sistema de salud, etc. Asimismo, los distintos tipos de prevención no son excluyentes, sino que se pueden combinar. No se trata de negar que cada tipo de prevención tiene sus peculiaridades. Es más, aplicadas por separado, la prevención específica, como hemos visto, parece eficaz para prevenir la depresión y reducir la sintomatología depresiva, mientras que la evidencia para la eficacia de la prevención universal es mixta (ej., Clarke, Hawkins, Murphy y Sheeber, 1993; Spence, Sheffield y Donovan, 2005), aunque tiene la ventaja sobre la primera de alcanzar a un gran número de gente (Essau, 2004). Quizás la aplicación conjunta de ambos tipos de prevención pueda producir un efecto superior a la suma de los efectos individuales. En esta línea, Parks y Herman (2003) sugieren que la escuela es un contexto óptimo para aplicar programas de prevención coste-efectivos a distintos niveles, por ejemplo, combinando intervenciones universales aplicadas a todos los estudiantes con otras más intensivas que se adapten a las necesidades de los individuos que no responden a esa intervención más básica.

La prevención requiere de un enfoque de multidisciplinar (Dobson y Dozois, 2004). Es necesaria la colaboración entre distintos profesionales de la salud incluidos psicólogos, psiquiatras, pediatras, trabajadores sociales, epidemiólogos, etc. Esta colaboración se debería enfocar desde modelos comprensivos de vulnerabilidad –y de capacidad de recuperación (*resilience*) – a la depresión que presten una gran atención a los mecanismos que modulan y median los factores de riesgo y de recuperación (ej., Hankin y Abramson, 2001). El desarrollo de intervenciones de prevención implica conocer qué es lo que es un desarrollo normal y anormal de la vida.

Es más, una perspectiva relativa al desarrollo exige una comprensión de los factores culturales que influyen en el bienestar. Un abordaje multidisciplinar también ayudaría a manejar simultáneamente múltiples problemas de salud. La depresión es con frecuencia consecuencia de problemas de salud tales como cáncer, VIH, obesidad, diabetes o dolor crónico (Mayou, Sharpe y Carson, 2003). La depresión también puede presentarse con otros problemas psiquiátricos tales como los trastornos de ansiedad (Dozois, Dobson y Westra, 2004) o los trastornos relacionados con sustancias (Sadock y Sadock, 2004). La incorporación de intervenciones de prevención de la depresión con el tratamiento y la prevención de enfermedades médicas u otros trastornos psiquiátricos puede conducir a múltiples resultados positivos.

Otra cuestión que parece crucial en el futuro es que este tipo de intervenciones lleguen a más gente. Recientemente, el *National Institute of Mental Health Psychosocial Intervention Development Workgroup* (Hollon et al., 2002) y la *New Freedom Commission on Mental Health* (2003) recomendaron como una de las prioridades el desarrollo de intervenciones fáciles de usar para el usuario y métodos de administración alternativos a los tradicionales para incrementar la accesibilidad a las intervenciones psicosociales. Se trata de incrementar la accesibilidad a los servicios de salud mental para aquellas personas que es improbable que acudan a los mismos y aumentar las herramientas de los profesionales para llegar con sus intervenciones a un mayor número de personas. Dicho de otra manera, y centrándonos específicamente en el campo de la prevención de la depresión, se trata de adaptar las intervenciones con el objeto de poder aplicarlas con nuevos métodos (Muñoz et al., 2002). Esto es, uno de los grandes desafíos en los próximos años es evaluar la administración de intervenciones de prevención de la depresión a través de medios que posibilitan llegar a un gran número de personas, especialmente por Internet; de hecho, ya se han realizado estudios con intervenciones para la depresión (ej., Clark et al., 2005) u para otros tipos de problemas (ej., Muñoz et al., en prensa) que muestran su potencial como medio para administrar, evaluar intervenciones e impactar en problemas de salud pública en todo el mundo.

En resumen, sólo hay cuatro ensayos aleatorios en los que se ha evaluado la prevención de la depresión clínica. Dos de esos estudios han demostrado efectos amplios y significativos en adolescentes en riesgo. Aunque estos hallazgos son prometedores, hay una necesidad imperiosa de más investigación en este campo científico. Es necesario incrementar considerablemente nuestros esfuerzos preventivos con el objeto de mejorar nuestra capacidad para ayudar a aquellas personas que sufren de una condición devastadora como la depresión.

Referencias

- Andrews, G. (2001): Should depression be managed as a chronic disease? *British Medical Journal*, 322, 419-421.
- Andrews, G.-Henderson, S.-Hall, W. (2001): Prevalence, comorbidity, disability and service utilization: Overview of the Australian National Health Survey. *British Journal of Psychiatry*, 174, 145-153.
- Angst, J. (1992): How recurrent and predictable is depressive illness? En S. Montgomery y R. Rouillon (Eds.), *Long-term Treatment of Depression* (pp. 1-10). Nueva York: Wiley & Sons.
- 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.
- Beck, A.T.-Rush, A.J.-Shaw, B.F.-Emery, G. (1983): *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclee de Brouwer. (Original publicado en 1979).
- Birmaher, B.-Ryan, N.D.-Williamson, D.E.-Brent, D.A.-Kaufman, J.-Ronald, E.-Perel, J.-Nelson, B. (1996): Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years. Part I. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35, 1427-1439.
- Brown, C.-Schulberg, H.C.-Madonia, M.J.-Shear, M.K.-Houck, P.R. (1996): Treatment outcomes for primary care patients with major depression and lifetime anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1293-1300.
- Burt, V.K.-Stein, K. (2002): Epidemiology of depression throughout the female cycle. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63 (Suppl. 7), 9-15.
- Chambless, D.L.-Hollon, S.D. (1998): Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18.
- Chambless, D.L.-Ollendick, T.H. (2001): Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Clark, D.A. (2004): Design considerations in prevention research. En D.J.A. Dozois y K.S. Dobson (Eds.), *The prevention of anxiety and depression: Theory, research, and practice* (pp. 73-98): Washington, DC: American Psychological Association.
- 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.-Eubanks, D.-Reid, E.-Kelleher, C.-O'Connor, E.-DeBar, L.L. et al. (2005): Overcoming depression on the Internet (ODIN) (2): A randomized trial of a self-help depression skills program with reminders. *Journal of Medical Internet Research*, 7, Article e16. Consultado 5 septiembre, 2005, de <http://www.jmir.org/2005/2/e16>.
- Clarke, G.N.-Hawkins, W.-Murphy, M.-Sheeber, L. (1993): School-based primary prevention of depressive symptomatology in adolescents: Findings from two studies. *Journal of Adolescent Research*, 8, 183-204.
- Clarke, G.N.-Hornbrook, M.C.-Lynch, F.L.-Polen, M.-Gale, J.-Beardslee, W.R.-O'Connor, E.-Seeley, J.R. (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.
- Comas, A.-Álvarez, E. (2004): Conocimiento y percepción de la depresión entre la población española. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32, 371-376.

- Craighead, W.E.-Hart, A.B.-Craighead, L.W. e Ilardi, S.S.(2002): Psychological treatments for major depressive disorder. En P.E. Nathan y J.M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (2ª ed., pp. 245-261): Nueva York: Oxford University Press.
- Culberston, E.M.(1997): Depression and gender: An international review. *American Psychologist*, 52, 25-31.
- Dawson, R.-Lavori, P.W.-Coryell, W.H, Endicott, J.-Keller M.B.(1999): Course of treatment received by depressed patients. *Journal of Psychiatric Research*, 33, 233-242.
- Division 12 Task Force(1995): Training in and dissemination of empirically-validated psychological treatments: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48, 3-29.
- Domínguez, M.D.-Torres, A.J.(1996): Aspectos clínicos y epidemiológicos de la depresión en la adolescencia. En N. Bassas y J. Tomás (Dirs.), *Carencia afectiva, hiper-cinesia, depresión y otras alteraciones en la infancia y adolescencia* (pp. 245-258). Barcelona: Edit Laertes.
- Dozois, D.J.A.-Dobson, K.S.(2004): *The prevention of anxiety and depression: Theory, research, and practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Dobson, K.S.-Dozois, D.J.A.(2004): The prevention of anxiety and depression: Promises and prospects. En D.J.A. Dozois y K.S. Dobson (Eds.), *The prevention of anxiety and depression: Theory, research, and practice* (pp. 283-295). Washington, DC: American Psychological Association.
- Dozois, D.J.A.-Dobson, K.S.-Westra, H.A.(2004): The comorbidity of anxiety and depression, and the implications of comorbidity for prevention. En D.J.A. Dozois y K.S. Dobson (Eds.), *The prevention of anxiety and depression: Theory, research, and practice* (pp. 261-280). Washington, DC: American Psychological Association.
- Eifert, G.H.-Schulte, D.-Zvolensky, M.J.-Lejuez, C.W.-Lan, A.(1997): Manualized behavior therapy: Merits and challenges. *Behavior Therapy*, 28, 499-509.
- Essau, C.A.(2004): Primary prevention of depression. En D.J.A. Dozois y K.S. Dobson (Eds.), *The prevention of anxiety and depression: Theory, research, and practice* (pp. 185-204): Washington, DC: American Psychological Association.
- Gavino, A.(2004): *Tratamientos psicológicos y trastornos clínicos*. Madrid: Pirámide.
- Gillham, J.E.(2003): Targeted prevention is not enough. *Prevention & Treatment*, 6, Article 17. Consultado 7 de Julio, 2005, de <http://journals.apa.org/prevention/volume6/pre0060017c.html>.
- Gillham, J.-Jaycox, L.-Reivich, K.-Hollon, S.D.-Freeman, A.-DeRubeis, R.J.-Seligman, M. E.P.(1991): *The Apex Project manual for group leaders*. Unpublished manual, University of Pennsylvania, Philadelphia.
- Gillham, J.E.-Shatté, A.J.-Freres, D.R.(2000): Preventing depression: A review of cognitive-behavioral and family interventions. *Applied & Preventive Psychology*, 9, 63-68.
- Gilvarry, E.(2000): Substance abuse in young people. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 41, 55-80.
- Goldberg, D.(1995): Epidemiology of mental disorder in primary care settings. *Epidemiology Reviews*, 17, 182-190.
- Goldberg, D.P.-Blackwell, B.(1970): Psychiatric illness in a suburban general practice. A detailed study using a new method of case identification. *British Medical Journal*, 2, 439-443.
- Goodwin, F.K.-Jaminson, K.(1990): *Manic Depressive Illness* (pp. 665-724). New Cork: Oxford University Press.
- Gordon, R.(1987): An operational classification of disease prevention. En J.A. Steinberg y M.M. Silverman (Eds.), *Preventing Mental Disorders*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.

- Gotlib, I.H.-Hammen, C.L. (Eds.) (2002): *Handbook of depression*. Nueva York: Guilford.
- Hankin, B.L.-Abramson, L.Y. (2001): Development of gender differences in depression: An elaborated cognitive vulnerability-transactional stress theory. *Psychological Bulletin*, 127, 773-796.
- Hollon, S.D.-Muñoz, R.F.-Barlow, D.H.-Beardslee, W.R.-Bell, C.C.-Bernal, G. et al. (2002): Psychosocial intervention development for the prevention and treatment depression: Promoting innovation and increasing access. *Biological Psychiatry*, 52, 610-630.
- Hoyert, D.L.-Kochanek, K.D.-Murphy, S.L. (1999): *Deaths: Final data for 1997. National Vital Statistics Report*. Hyattsville, Maryland: National Center for Health Statistics.
- Hulley, S.B., Cummings, S.R.-Browner, W.-Grady, D.-Hearst, N.-Newman, T.B. (2001): *Designing clinical research* (2ª ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ingram, R.-Trenary, L. (2005): *Psychopathology: Foundations for a contemporary understanding*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Instituto Nacional de Estadística. (1994): *Defunciones según la causa de muerte. Estadísticas del movimiento natural de la población correspondientes a 1994*. Madrid: INE.
- Jané-Llopis, Hosman, C.-Jenkins, R.-Anderson, P. (2003): Predictors of efficacy in depression prevention programmes. *British Journal of Psychiatry*, 183, 384-397.
- Jenkins, R. (1992): Depression and anxiety: An overview of preventive strategies. En R. Jenkins, J. Newton y R. Young (Eds.), *The Prevention of Anxiety and Depression: The Role of the Primary Health Team*. London: HMSO.
- Jenkins, R.-Bebbington, P.-Brugha, T.-Farrell, M.-Gill, B.-Lewis, G.-Meltzer, H.-Petticrew, M. (1997): The National Psychiatric Morbidity Surveys of Great Britain – strategy and methods. *Psychological Medicine*, 27, 765-774.
- Katon, W.-Sullivan, M. (1995): Somatic symptoms. En R. Mayou, C. Bass y M. Sharpe (Eds.), *Antidepressant treatment of functional symptoms* (pp. 103-121). Oxford University Press.
- Kazdin, A.E. (2001): *Métodos de investigación en psicología clínica* (3ª ed.). México: Prentice Hall. (Original publicado en 1998).
- Keller, M.B. (2001): Long-term treatment of recurrent and chronic depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 (Suppl. 24), 3-5.
- Kessler, R.C.-Berglund, P.-Demler, O.-Jin, R.-Korenz, D.-Merikangas, K.R.-Rush, A.J.-Walters, E.E.-Wang, P.S. (2003): The epidemiology of major depressive disorder. Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *The Journal of the American Medical Association*, 289, 3095-3105.
- Kessler, R.C.-Demler, O.-Jin, R.-Berglund, P.-Korenz, D.-Merikangas, K.R.-Rush, A.J.-Wang, P.S. (2003): Treatment of depression by mental health specialists and primary care physicians—Reply. *The Journal of the American Medical Association*, 290, 1992-1993.
- Labrador, F.J.-Vallejo, M.A.-Matellanes, M.-Echeburúa, E.-Bados, A.-Fernández-Montalvo, J. (2003): La eficacia de los tratamientos psicológicos. *Papeles del Psicólogo*, 84, 25-30.
- Lagges, A.M.-Dunn, D.W. (2003): Depression in children and adolescents. *Neurologic Clinics*, 21, 953-960.
- Lefrançois, G.R. (2001): *El ciclo de la vida* (6ª ed.). México: Internacional Thomson Editores. (Original publicado en 1999).
- Lewinsohn, P.M.-Hoberman, H.-Teri, L.-Hautzinger, M. (1985): An integrative theory of depression. En S. Reiss y R. Bootzin (Eds.), *Theoretical issues in behavior therapy* (pp. 291-315). Nueva York: Academic Press.

- Lewinsohn, P.M.-Muñoz, R.-Youngren, M.A.-Zeiss, A.M. (1978): *Control your depression*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Jané-Llopis, E.-Hosman, C.-Jenkins, R.-Anderson, P. (2003): Predictors of efficacy in depression prevention programmes. *British Journal of Psychiatry*, 183, 384-397.
- Maki, R.H.-Syman, E.M. (1997): Teaching of controversial and empirically validated treatments in APA-accredited clinical and counseling psychology programs. *Psychotherapy*, 34, 44-57.
- Mayou, R.-Sharpe, M.-Carson, A. (2003): *ABC of psychological medicine*. Londres: BMJ Publishing Group.
- Merry, S.-McDowell, H.-Herrick, S.-Bir, J.-Muller, N. (2005): Psychological and/or educational interventions for the prevention of depression in children and adolescents. *The Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 2*.
- Mintz, J.-Arrude, M.J.-Hwang, S.S. (1992): Treatments of depression and the functional capacity in work. *Archives of General Psychiatry*, 49, 761-768.
- Möller, H.J. (2003): Suicide, suicidality and suicide prevention in affective disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108 (Suppl. 418), 73-80.
- Mrazek, P.-Haggerty, R.J. (1994): *Reducing risks for mental disorders. Frontiers for preventive intervention research*. Washington, DC: National Academy Press.
- Muñoz, R.F. (1998): Preventing major depression by promoting emotion regulation: A conceptual framework and some practical tools. *International Journal of Mental Health Promotion (Inaugural Issue, September)*, 23-40.
- Muñoz, R. F.-Glish, M.-Soo-Hoo, T.,-Robertson, J. (1982): The San Francisco Mood Survey Project: Preliminary work toward the prevention of depression. *American Journal of Community Psychology*, 10, 317-329.
- Muñoz, R.F.-Le, H.N.-Clarke, G.-Jaycox, L. (2002): Preventing the onset of major depression. En I.H. Gotlib y C.L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 343-359). Nueva York: Guilford.
- Muñoz, R.F.-Lenert, L.L.-Delucchi, K.-Stoddard, J.-Perez, J.E.-Penilla, C.-Pérez-Stable E.J. (en prensa): Toward Evidence-based Internet Interventions: A Spanish/English Web Site for International Smoking Cessation Trials. *Nicotine & Tobacco Research*.
- Muñoz, R.F.-Mrazek, P.-Haggerty, R. (1996): Institute of Medicine Report on Prevention of Mental Disorders: Summary and commentary. *American Psychologist*, 51, 1116-1122.
- Muñoz, R.F.-Ying, Y.W. (1993): *The prevention of depression: Research and practice*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Muñoz, R.F.-Ying, Y.W.-Armas, R.-Chan, F.-Gurza, R. (1987): The San Francisco Depression Prevention Research Project: A randomized trial with medical outpatients. En R.F. Muñoz (Ed.), *Depression prevention: Research directions* (pp. 199-215). Washington, DC: Hemisphere.
- Muñoz, R.F.-Ying, Y.W.-Bernal, G.-Pérez-Stable, E.J.-Sorensen, J.L.-Hargreaves, W.A.-Miranda, J.-Miller, L.S. (1995): Prevention of depression with primary care patients: A randomized controlled trial. *American Journal of Community Psychology*, 23, 199-222.
- Murray, C.J.L.-Lopez, A.D. (1996): *The global burden of disease: Summary*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- National Institute of Mental Health (2001): *The invisible disease: Depression*. Rockville, MD: Autor.
- New Freedom Commission on Mental health. (2003): *Achieving the promise: Transforming mental health care in America. Executive summary*. Rockville, MD: DHHS.
- Nathan, P.E.-Gorman, J.M.-Salkind, N.J. (2002): *Tratamiento de trastornos mentales: una guía de tratamientos que funcionan*. Madrid: Alianza Editorial. (Original publicado en 1999).

- Nathan, P.E.-Stuart, S.P.-Dolan, S.L.(2000): Research on psychotherapy efficacy and effectiveness. Between Scylla and Charybdis. *Psychological Bulletin*, 126, 964-981.
- Nolen-Hoeksema, S.-Girgus, J.S.(1994): The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bulletin*, 115, 424-443.
- Ofisalud.(1998): *El coste social de los trastornos de salud mental en España*. Madrid: Gabinete de Estudios Sociológicos Bernard Krief.
- Ohayon, M.-Lader, M.H.(2002): Use of psychotropic medication in the general population of France, German, Italy, and the United Kingdom. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 817-825.
- Organización Mundial de la Salud.(1998): *Promoción de la Salud*. Glosario. Ginebra.
- Park, N.(2003): Building wellness to prevent depression. *Prevention & Treatment*, 6, Article 16. Consultado 7 julio, 2005, de <http://journals.apa.org/prevention/volume6/pre0060016c.html>.
- Parks, A.C.-Herman, K.C.(2003): A sociocultural perspective on the primary prevention of depression. *Prevention & Treatment*, 6, Article 15. Consultado 7 julio, 2005, de <http://journals.apa.org/prevention/volume6/pre0060015c.html>.
- Pérez, M.-García, J.M.(2003): Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. En M. Pérez, J.R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (Coords.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I* (pp. 161-195). Madrid: Pirámide.
- Rutz, W.(2001): Preventing suicide and premature death by education and treatment. *Journal of Affective Disorders*, 62, 123-129.
- Sadock, B.J.-Sadock, V.A.(2004). *Kaplan & Sadock's: Concise textbook of clinical psychiatry* (2ª. ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sainz de Rozas C.-Ruiz-Clavijo, M.T.-Díaz, A.(2004): Evolución del consumo de fármacos antidepresivos en las áreas sanitarias de la Rioja y Zamora durante el periodo 1997-2001. *Revista Española de Salud Pública*, 78, 631-645.
- Sartorius, N.-Üstün, T.B.-Lecrubier, Y.-Wittchen, H.U.(1996): Depression comorbid with anxiety: Results from the WHO study on "Psychological disorders in primary health care". *British Journal of Psychiatry*, 168 (Suppl. 30), 38-43.
- Seligman, M.E.P.-Csikszentmihalyi, M.(2000): Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Seligman, M.E.P.-Schulman, P.-DeRubeis, R.J.-Hollon, S.D.(1999): The prevention of depression and anxiety. *Prevention and Treatment*, 2, Article 8. Consultado 7 julio, 2005, de: <http://journals.apa.org/prevention/volume2/pre0020008a.html>.
- Shaffer, D.-Craft, L.(1999): Methods of adolescent suicide prevention. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60 (Suppl. 2), 70-74.
- Shaffer, D.-Fisher, P.-Dulkan, M.K.(1996): The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children version 2.3 (DISC-2.3): Description, acceptability, prevalence rates and performance in the MECA study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35, 865-877.
- Simon, G.(2002): Evidence review: efficacy and effectiveness of treatment in primary care. *General Hospital Psychiatry*, 24, 213-224.
- Singleton, N.-Bumpstead, R.-O'Brien, M.-Lee, A.-Meltzer, H.(2001): *Psychiatric morbidity among adults living in private households, 2000*. London: Her Majesty's Stationery Office (HMSO).
- Spence, S.H.-Sheffield, J.K.-Donovan, C.(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.E.-Khalid, M.J.(2005): Advances in women's mental health. En G.N. Christodoulou (Ed.), *Advances in Psychiatry* (Vol. II, pp. 111-118). Grecia, Atenas: World Psychiatric Association.
- Sue, D.W.-Sue, D.(1999): *Counselling the culturally different* (2ª. ed.). Nueva York: Wiley.

- Tsai, J.L.-Chentsova-Dutton, Y. (2002): Understanding depression across cultures. En I.H. Gotlib y C.L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 467-491). Nueva York, NY: Guilford.
- Ustün, T.B.-Sartorius, N. (Eds.) (1995): *Mental illness in general health care: An International Study*. London: Wiley.
- Vázquez, F.L. (2003): El estado de la cuestión de los enfoques en modificación de conducta. *Boletín de Psicología, 78*, 41-62.
- Vázquez, F.L. (2004): La modificación de conducta en la actualidad: una realidad compleja. *Psicología Conductual, 12*, 269-288.
- Vázquez, F.L.-Muñoz, R.F.-Becoña, E. (2002a): ¿Qué tratamientos son eficaces para tratar la depresión: psicológicos, médicos o combinados? *Psicología Conductual, 8*, 561-591.
- Vázquez, F.L.-Muñoz, R.F.-Becoña, E. (2002b): Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamientos a finales del siglo XX. *Psicología Conductual, 8*, 417-449.
- Vázquez-Barquero, J.L., Díez-Manrique, J.F., Aldama, J.-Samaniego, C.-Menéndez, J.-Mirapeix, C. (1987): A community mental health survey in Cantabria. A general description of morbidity. *Psychological Medicine, 17*, 227-241.
- Vázquez-Barquero, J.L.-García, J.-Artal, J.-Iglesias, C.-Montejo, J.-Herrán, J.-Dunn, G. (1997): Mental health in primary care. An epidemiological study of morbidity and use of health resources. *British Journal of Psychiatry, 170*, 529-535.
- 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.
- Wagner, E.H.-Austin, B.-Davis, C.-Hindmarsh, M.-Schaefer, J.-Bonomi, A. (2001): Improving chronic illness care: Translating evidence to action. *Health Affairs, 20*, 64-78.
- 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.
- Wittchen, H.U.-Knauper, B.-Kessler, R.C. (1994): Lifetime risk of depression. *British Journal of Psychiatry, 26*, 16-22.
- World Health Organization. (2001): *ATLAS- Mental Health Resources in the World*. Ginebra: Suiza.

Nota: Este trabajo ha sido realizado gracias al proyecto PGIDT05PXIA21101PR financiado por la Dirección Xeral de Investigación e Desenvolvemento (Consellería de Innovación, Industria e Comercio, Xunta de Galicia).