

**EFFECTOS DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN PRIMARIA COGNITIVO
CONDUCTUAL SOBRE EL RIESGO DE DESARROLLAR DEPRESIÓN EN
ADOLESCENTES ENTRE 14 Y 16 AÑOS DE GRADO DECIMO DE LA
INSTITUCION EDUCATIVA MUNICIPAL CIUADAELA DE PASTO**

HAROLD JULIÁN FAJARDO LÓPEZ

MARÍA ELENA ROSERO CAMPIÑO

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
SAN JUAN DE PASTO**

2004

**EFFECTOS DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN PRIMARIA COGNITIVO
CONDUCTUAL SOBRE EL RIESGO DE DESARROLLAR DEPRESIÓN EN
ADOLESCENTES ENTRE 14 Y 16 AÑOS DE GRADO DECIMO DE LA
INSTITUCION EDUCATIVA MUNICIPAL CIUADAELA DE PASTO**

**HAROLD JULIÁN FAJARDO LÓPEZ
MARÍA ELENA ROSERO CAMPIÑO**

Asesor de Investigación:

Ps. LEONIDAS ORTIZ

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
SAN JUAN DE PASTO**

2004

TABLA DE CONTENIDOS

TABLA DE CONTENIDOS	1
RESUMEN	2
ABSTRACT	3
INTRODUCCION	4
Tema	5
Planteamiento del problema	6
Formulación del problema	8
Objetivos	8
Objetivo General	8
Objetivos Especificos	8
Justificación	9
MARCO DE ANTECEDENTES	14
MARCO TEÓRICO	18
Depresión	18
Definición	18
Modelos teóricos de la depresión	18
Modelo de clasificación de la depresión	18
Explicaciones socioculturales	19
Explicaciones biológicas	20
Explicaciones del modelo cognitivo conductual	25
Explicaciones cognitivas	27
Conceptualización de la depresión	31

Tratamiento cognitivo conductual de la depresión	32
Depresión en la adolescencia	33
Incidencia de la depresión en adolescentes	35
Epidemiología de la depresión en adolescentes	36
Prevención en salud	37
Concepto de salud y enfermedad	37
Prevención en salud mental	41
Implicaciones actuales de la prevención	42
Salud y psicología	44
Psicología de la salud	46
Psicología preventiva	48
Psicología preventiva cognitivo-conductual	50
Prevención en la adolescencia	51
Prevención de la depresión	53
MARCO CONCEPTUAL	55
Psicología Preventiva	55
Depresión	55
Adolescencia	56
Enfoque Cognitivo-Conductual	56
ASPECTOS METODOLÓGICOS	58
Tipo de Investigación	58
Tipo de Estudio	58
Tipo de Diseño	58
Población	59

Sujetos	59
Variables	60
Instrumento de Recolección de Datos	60
Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos	60
Procedimiento	62
Plan de Análisis de Datos	63
Hipótesis	64
RESULTADOS	65
DISCUSION	74
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	82
REFERENCIAS	84
ANEXOS	87

LISTA DE TABLAS

Tabla 1.	
Porcentajes Generales sobre el Riesgo de Desarrollar Trastorno Mental	11
Tabla 2.	
Comparación de la Variable Género con Riesgo de Depresión y Ansiedad	11
Tabla 3.	
Comparación de la Variable Grado con Riesgo de Depresión y Ansiedad	12
Tabla 4.	
Diseño con Preprueba, Postprueba y Grupo Control	59
Tabla 5.	
Comparación de los Grupos en las Puntuaciones del CES-D 64	66
Tabla 6.	
Diferencia del Grupo Experimental Femenino en Pre y Postprueba en sus Factores	68
Tabla 7.	
Diferencias por Factores de los Grupos Experimental y Control Femenino en sus Postpruebas	69
Tabla 8.	
Diferencia de Grupo Control Femenino en Pre y Postprueba en sus Factores..	70
Tabla 9.	
Diferencia del Grupo Experimental Masculino en Pre y Postprueba en sus Factores	71
Tabla 10.	
Diferencias por Factores de los Grupos Experimental y Control Masculino en	

Tabla 11.

Diferencia de Grupo Control Masculino en Pre y Postprueba en sus Factores 73

LISTA DE ANEXOS

Anexo A.	
Manual de Aplicación del Programa	88
Anexo B.	
Relato	113
Anexo C.	
Autorregistro de Pensamientos y Emociones Disfuncionales	114
Anexo D.	
Psicodramatización en Audio	
Anexo E.	
Escala de Ánimo .	115
Anexo F.	
Escala de Actitudes y Creencias	116
Anexo G.	
Pensamientos Irracionales vs. Pensamientos Racionales	118
Anexo H.	
Estudio de Caso	119
Anexo I.	
Autorregistro de Significados Personales	121

NOTA DE ACEPTACIÓN

ASESOR

JURADO

JURADO

AGRADECIMIENTOS

A todas aquellas personas que directa o indirectamente colaboraron con este proyecto.

Gracias a lo directivos y estudiantes de la Institución Educativa Ciudadela por su apoyo incondicional.

A nuestro asesor, Doctor Leonidas Ortiz por su disponibilidad y confianza.

A nuestros jurados, Doctora María Fernanda Enriquez y al Doctor Andres Paz por sus valiosos aportes.

**A la complejidad del alma humana por ser
la inspiración de mi espíritu investigador.**

A la memoria de mi madre

JULIAN FAJARDO

**A mis padres por darme la oportunidad
de alcanzar esta meta**

**A mis amigos por ayudarme a descubrir
cosas nuevas cada día**

MARIA ELENA ROSERO

Resumen

Se diseñó y aplicó un programa de prevención sobre el riesgo de desarrollar depresión en 35 adolescentes de la institución Educativa Alfredo Paz Meneses, con el fin de determinar su efectividad.

Se utilizó un diseño experimental con preprueba, postprueba y grupo control, usando como instrumento de medición la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos CES-D (Radloff, 1977). El grupo experimental se dividió en subgrupos conformados por 18 hombres y 17 mujeres.

El programa se estructuró en 12 sesiones en las que se hizo énfasis en las técnicas de reestructuración cognitiva como el debate cognitivo de Ellis, los diarios personales de Beck, técnicas conductuales como el entrenamiento asertivo, actividades de dominio y placer y la utilización de herramientas como la autoobservación, la psicoeducación, los autorregistros, entre otros.

La aplicación de la postprueba muestra diferencias significativas con respecto a la disminución de las puntuaciones iniciales del grupo experimental, mientras que en el grupo control no se encontraron diferencias significativas. Lo anterior permite concluir que el programa fue efectivo en la disminución del riesgo de desarrollar depresión en adolescentes.

Abstract

In this paper we designed and applied a program of prevention about the risk of developing depression in 35 adolescents of the "Alfredo Paz Meneses" educational institution with the purpose of determining their affectivity.

We used an experimental design with pretest and posttest and a control group, using as a measurement instrument the depression scale of the epidemiologic studies center CES-D (Ronald, 1977). The experimental group was divided into subgroups composed of 18 men and 17 women.

The program was structured into 12 sections in which emphasis was placed on the techniques of cognitive reconstruction, Beck's personal diary, behavioral techniques such as assertive training, dominance and pleasure activities and implements such as self-observation, psychoeducation and the self-report and some others.

The application of posttest shows significant differences with respect to decrease of initial test of experimental group, while in the other control group there were not found significant differences. That permits to conclude that, the program was effective in the decrease of risk of developing depression in adolescents.

**EFFECTOS DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN PRIMARIA COGNITIVO
CONDUCTUAL SOBRE EL RIESGO DE DESARROLLAR DEPRESIÓN EN
ADOLESCENTES DE 14 A 16 AÑOS DE GRADO DÉCIMO DEL AÑO
LECTIVO 2003 – 2004 EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA MUNICIPAL
CIUDADELA DE PASTO**

En la actualidad, dentro del trabajo en promoción y prevención de la salud mental, el modelo cognitivo - conductual ha desarrollado alternativas teórico-prácticas frente al modelo psiquiátrico y psicológico tradicional; creando una metodología para la observación, evaluación, diagnóstico, pronóstico, clasificación e intervención preventiva de diferentes problemas y trastornos psicológicos. Además, proporciona un amplio marco teórico que sirve como base para la presente investigación, que pretende diseñar y aplicar un programa de prevención primaria sobre el riesgo de desarrollar depresión en adolescentes, con el fin de evaluar su efectividad. Para determinar los efectos del programa cognitivo-conductual sobre el riesgo de desarrollar depresión en los adolescentes de 14 a 16 años de la Institución Educativa Municipal Ciudadela de Pasto se utilizó un diseño de experimento verdadero con preprueba, postprueba y grupo control. Se realizó la preprueba y la posprueba al grupo experimental y control y se implementó el programa de prevención en el grupo experimental para determinar la efectividad del programa sobre los indicadores de riesgo de desarrollar depresión.

Para tales efectos, el programa se orientó hacia la educación en formas de comportamiento alternativas, basadas en elementos del Modelo de Creencias en Salud de prevención primaria, la Terapia Cognitiva de Beck, la Terapia

Racional Emotiva Conductual de Ellis, y de otros procedimientos conductuales, que constituirían la base de un proceso a través del cual se prevenga la aparición de la depresión.

El programa se dirigió a los estudiantes de la Institución Educativa Municipal Ciudadela de Pasto, del grado décimo en el año lectivo 2003-2004, cuyas edades oscilan entre los 14 a 16 años, quienes fueron identificados como población en alto riesgo de padecer trastorno del estado de ánimo o trastorno depresivo mediante la aplicación del Cuestionario de Auto-reportaje de Síntomas (SRQ) en Junio de 2002, por la unidad de psicología del periodo académico 2002-2003. Se realizó una evaluación con la Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES - D), la cual es una prueba de tamizaje que permite identificar los indicadores de riesgo asociados con la depresión. Los estudiantes que hicieron parte del programa se situaron en los grupos de “alto riesgo” de desarrollar depresión, que no cumplieron con los criterios necesarios para ser considerados casos clínicos de depresión.

Teniendo en cuenta que la depresión ha llegado a ser considerada como un problema de salud pública, debido a su alta prevalencia, a sus consecuencias y la posibilidad de prevenirla y tratarla eficazmente, es fundamental el acceso al conocimiento de los factores de riesgo que deben tenerse en cuenta en el desarrollo de planes comunitarios e intervenciones preventivas en psicología, cuyo objetivo principal sea reducir el número de nuevos episodios psicopatológicos en una población (Revista Colombiana de Psiquiatría, 1997).

Tema

Prevención primaria cognitivo – conductual sobre el riesgo de desarrollar

depresión en adolescentes.

Planteamiento del Problema

En psicología de la salud se plantea que el trabajo preventivo se debe realizar con poblaciones en riesgo o que presenten vulnerabilidad a desarrollar determinados problemas de salud mental. La presente investigación cuenta con razones suficientes para llevar a cabo un trabajo preventivo con la población de grado décimo del colegio Ciudadela Educativa, que presenta alto riesgo de padecer trastorno mental, específicamente, mayor tendencia a desarrollar trastorno depresivo y ansiedad (Unidad de Psicología, 2002). Esta información se corrobora con el mayor índice de asistencia a consulta psicológica de los estudiantes de grado noveno en el año lectivo 2002-2003, en el que el diagnóstico clínico más frecuente en esta población fue depresión. Con el propósito de actualizar la anterior información y de hacer un seguimiento a esta población se aplicó el Inventario para la Depresión de Beck, en el que se encontró que los factores clínicos relevantes asociados a la depresión en la adolescencia son: Sentimientos de culpa, expectativas de castigo, rechazo de los cambios en la imagen corporal, indecisión, irritabilidad, preocupaciones somáticas. Estos hallazgos sugieren que la población tiene alta tendencia a la adquisición de un comportamiento depresivo, que puede traer como consecuencias deterioro cognitivo, que se manifiesta a través de pensamientos negativos sobre sí mismo, autoreproches, auto culpa, expectativas de castigo, rechazo de la propia imagen, autoconcepto negativo; trastornos de conducta e irritabilidad excesiva (Trabajo de evaluación, Fajardo y Rosero, 2003, circulación interna).

Las anteriores manifestaciones coinciden con la sintomatología encontrada en la investigación actual sobre depresión en la adolescencia, tales como: Humor deprimido, sentimiento de culpa, fracaso escolar, trastornos de conducta como rebeldía extrema, fugas, hiperagresividad, irritabilidad, conductas inadecuadas y predelincuentes, cambios en el apetito y/o el peso, rechazo de la propia imagen, autoconcepto negativo, retraimiento social e incapacidad para la relación interpersonal adecuada e ideación suicida.

Teniendo en cuenta que la adolescencia es un proceso de maduración que implica crisis físicas y psicológicas, se puede plantear como posible explicación el hecho de que en esta etapa los adolescentes son especialmente vulnerables a problemas psicológicos como la depresión; por lo tanto se puede pronosticar consecuencias negativas para la población de no llevarse a cabo una intervención oportuna, tales como fracaso escolar, deterioro de las relaciones interpersonales, desarrollo de enfermedades somáticas, conductas adictivas, desarrollo de trastorno depresivo, suicidio, entre otras.

Como se ha indicado la depresión es muy común, y afecta diversos aspectos de la vida. Además del sufrimiento e incapacidad laboral, académica, déficit social, entre otros; viene a significar una enorme carga financiera para la sociedad por el excesivo consumo de recursos sanitarios que se invierten en su tratamiento y rehabilitación; siendo la depresión un problema de salud pública asociada con aumento de morbilidad y mortalidad en una variedad de trastornos físicos, accidentes y suicidio, por lo que es considerada (Revista Colombiana de Psiquiatría, 1997).

Uno de los problemas psicológicos que es más factible en términos de

prevención efectiva es la depresión. Teniendo en cuenta que existen métodos psicológicos eficaces para dar fin a episodios clínicos de depresión, es importante comenzar a crear nuevos métodos para utilizarlos de forma preventiva. La psicología ha avanzado lo suficiente para comenzar a desarrollar y evaluar programas de prevención dirigidos a problemas psicológicos que perturban a proporciones significativas de las comunidades.

Formulación del Problema

¿Qué efectos tiene la aplicación de un programa de prevención primaria cognitivo-conductual sobre el riesgo de desarrollar depresión en un grupo experimental de adolescentes de 14 a 16 años de décimo grado de la Institución Educativa Municipal Ciudadela de Pasto?

Objetivos

Objetivo General

Determinar los efectos que tiene la aplicación del programa de prevención primaria cognitivo conductual en adolescentes de 14 a 16 años de la Institución Educativa Municipal Ciudadela de Pasto, sobre los indicadores de riesgo de desarrollar depresión.

Objetivos Específicos

Identificar a los adolescentes de grado décimo de la Institución Educativa Municipal Ciudadela de Pasto que presenten alto riesgo de desarrollar depresión, con el fin de conformar los grupos control y experimental antes de desarrollar el programa.

Diseñar un programa de prevención primaria cognitivo-conductual de la depresión dirigido a adolescentes de 14 a 16 años de la Institución Educativa

Municipal Ciudadela de Pasto.

Desarrollar el programa de prevención primaria cognitivo-conductual de la depresión en adolescentes de grado décimo que presenten alto riesgo de desarrollar depresión.

Identificar los indicadores de riesgo de la depresión tanto en el grupo control como en el grupo experimental posteriores a la aplicación del programa.

Determinar si existe diferencia significativa entre los indicadores de riesgo iniciales y finales de depresión entre los grupos control y experimental.

Determinar si existe diferencia entre la postprueba del grupo experimental y el grupo control.

Justificación

En general, para el año 2020 la Organización Mundial de la Salud, estima que la depresión mayor, será el segundo factor de carga económica, psicosocial y biológica en el mundo, medida en años de vida ajustados por discapacidad.

La primera causa de carga de la enfermedad en mujeres entre 15-44 años para 1990, tanto en países desarrollados como en desarrollo, fue la Depresión Mayor Unipolar.

Se estima que un 38% de los pacientes con síntomas generales no explicados por consulta médica, presentan un trastorno psiquiátrico diagnosticable, que incluye en 19% la depresión y en 12% la ansiedad. Una cuarta parte de la población en general es susceptible de deprimirse en el curso de la vida. Otra manera de plantear el problema es señalar que uno de cada 20 adultos sufre enfermedad depresiva en algún momento y que el 70% de ellos continúa sin tratamiento; siendo la depresión un trastorno tratable, muchos de

quiénes la padecen no parecen recibir tratamiento o lo logran después de innecesarias demoras (“Revista Colombiana de Psiquiatría”, 1997).

Según los datos epidemiológicos del último Estudio Nacional de Salud Mental (1997), realizado a 25.135 personas, la prevalencia de la depresión clínica en la población general es de 25.1%. Los datos reportaron una prevalencia de vida para la depresión clínica del 19.6%, siendo más frecuente en personas de sexo femenino. Los estimativos para el año 2000 sugirieron una cifra alrededor de 8 millones de personas afectadas por trastornos mentales en el país, la cual podría ser perfectamente superior dadas las condiciones actuales de violencia (Ministerio de Salud, 1998).

Teniendo en cuenta los anteriores datos epidemiológicos, se concluye que el diseño y desarrollo de programas preventivos sobre depresión no solamente es un trabajo novedoso, sino una necesidad de salud pública, ya que más allá de las cifras lo que hace que la depresión adquiera esta característica, son sus implicaciones individuales y colectivas en la disminución de la calidad de vida, tales como afectar a muchas personas, ser de larga evolución, tener un tratamiento costoso, suponer consecuencias invalidantes, afectar a poblaciones vulnerables, entre otras.

Este cuadro global y regional explica el enorme interés en el desarrollo de programas de salud mental en el ámbito mundial, y al que Colombia particularmente no es ajena. Por lo tanto se ha identificado la necesidad de presentar las bases para la formulación de políticas en salud mental, la investigación de tendencias y la orientación de los programas de atención en los distintos niveles.

La importancia de implementar un programa de prevención sobre el riesgo de padecer depresión se sustenta en una necesidad identificada a través de la investigación sobre riesgo de padecer trastorno mental en los estudiantes de grado sexto a décimo del colegio Ciudadela Educativa Sur Oriental, mediante la aplicación del SRQ en una muestra de 384 estudiantes, realizada por la unidad de psicología en Junio del periodo académico 2001-2002 (ver Tabla 1 y 2).

Tabla 1.

Porcentajes Generales Sobre Riesgo de Desarrollar Trastorno Mental

Síntoma	Depresión-Ansiedad	Psicosis	Alcoholismo
Total General	20,31%	48,43%	19,01%

Los resultados obtenidos en la aplicación del SRQ muestran una vulnerabilidad significativa a desarrollar un trastorno mental. Los porcentajes generales muestran que el 20.31% de los estudiantes presenta riesgo de desarrollar trastorno de ansiedad y depresión, el 48.43% presenta riesgo de desarrollar perturbaciones psicóticas y el 19.01% presenta tendencia al alcoholismo.

Tabla 2.

Comparación de Variable Género con Riesgo de Depresión y Ansiedad

Genero	Síntoma	Depresión-Ansiedad	
	Masculino	27	6,77%
Femenino	51	13,54%	
Total	78	20,31%	

Con respecto a la variable género, esta investigación mostró mayor

tendencia a desarrollar ansiedad y depresión en las mujeres con un 13.54%, a diferencia del porcentaje masculino que alcanzó el 7%.

Tabla 3.

Comparación de la Variable Grado con Riesgo de Desarrollar Depresión

Grado	Síntoma	Depresión-Ansiedad	
	Sexto	19	4,95
Séptimo	16	4,17	
Octavo	24	6,25	
Noveno	10	2,6	
Décimo	9	2,34	
Total	78	20,31%	

De acuerdo a la variable grado la investigación mostró una tendencia más alta a desarrollar dicho trastorno en el grado octavo con un 6.25%, seguido por el grado sexto con un 4.95% y por el séptimo con un 4.17%.

Los anteriores resultados muestran la tendencia a padecer trastorno de ansiedad y depresión en los estudiantes de grado octavo, índices de riesgo que revelan una situación preocupante dentro de la población estudiantil que cursa actualmente el grado décimo en el año lectivo 2003-2004; señalando tendencias de carácter negativo que alertan hacia la búsqueda activa de explicaciones y alternativas de solución sobre dicho fenómeno.

Se debe considerar como prioridad la prevención en la adolescencia, debido a que se ha identificado a grupos de alto riesgo definidos en términos de la edad y al hecho de que en esta etapa el adolescente se enfrenta a diversas formas de estrés que afectan su bienestar físico, psicológico y social.

En San Juan de Pasto se lleva a cabo actualmente un estudio

epidemiológico sobre depresión con la población de adolescentes de grado décimo de los colegios públicos y privados de la ciudad y de 12 municipios de Nariño. Un dato parcial que arrojó la investigación es que el 46% de los adolescentes presentan algún nivel de depresión. (Comunicación personal, Doctor Castulo Cisneros, Diciembre de 2003).

En este sentido, se considera que es pertinente evaluar la efectividad de un programa de prevención dirigido a disminuir el riesgo de padecer trastorno depresivo en el grado décimo del periodo lectivo 2003-2004 que presenta mayor índice de vulnerabilidad psicológica ante dicho trastorno.

La Organización Mundial de la Salud O.M.S. (1986), en su perspectiva de “salud para todos en el año 2000”, maneja la estrategia de centrarse en los componentes positivos de la salud, que contemplan la promoción a través del diseño e implementación de programas preventivos; es decir se trata de considerar la salud como un valor positivo a nivel individual y comunitario y de que las personas dispongan de actitudes adecuadas que guíen su conducta. (Buena-Casal y Carrasco, 1997).

Las políticas actuales de la O.M.S. contemplan, que los profesionales de la salud están llamados a crear programas de prevención e intervención, con el propósito de conocer sus efectos y evitar en la medida de lo posible las consecuencias negativas de enfermedades que afectan a proporciones significativas de la población, de ahí la importancia de implementar programas de prevención e investigaciones encaminadas a la detección oportuna de factores de riesgo, con lo cual se evitaría que la calidad de vida de las personas se deteriore por la aparición de ciertas enfermedades.

MARCO DE ANTECEDENTES

Algunos estudios preventivos han demostrado reducciones en síntomas de depresión en grupos considerados con un alto riesgo de desarrollar dicho trastorno.

Estos programas excluyen a personas que cumplan los criterios diagnósticos de depresión clínica.

Un ejemplo de proyecto preventivo es el trabajo de la psiquiatra Raphael (1977), (citado por G., Buela; T., Carrasco & L., Fernández, 1997) en Australia. Su autora trabajó con viudas que presentaban alto riesgo de padecer problemas emocionales y a las cuales asignó al azar a una condición experimental (N=31) o de control (N=33). El método que se utilizó fue el psicodinámico. Esta investigación concluye que las viudas en condición experimental mantuvieron un nivel de salud emocional mejor que las que estaban en la condición de control, cuatro de las personas de la condición de control tuvieron que ser hospitalizadas por depresión y ninguna del grupo experimental.

Tableman (1987), (citado por G., Buela; T., Carrasco & L., Fernández, 1997), invitó a grupos de mujeres que estaban recibiendo asistencia pública a participar en diez sesiones semanales en las que se les enseñó a utilizar técnicas cognitivas y conductuales para aumentar su propia estima y reducir el sentimiento de minusvalía. Los resultados encontrados confirman que los síntomas de depresión eran menores en los grupos que recibieron estas sesiones.

Lewinsohn y cols., (1989) (citados por Curby, Yost, Beutler y Allende, 1991) en Eugene, Oregon, han desarrollado un curso denominado Coping with

Depression Course - Afrontando el curso de la Depresión, el cual se administra como una clase educacional y tiene su propio libro: Control Your Depression – Controle su Depresión. Varios resultados han demostrado una reducción consistente de los síntomas de depresión y estos efectos continúan por lo menos seis meses después de que se termina el curso.

Esta forma de trabajo ha sido adaptada también para trabajar con adolescentes (Clarke, 1990), (citado por Curby y Cols., 1991).

Según los resultados de investigaciones previas se encuentra que la depresión de los adolescentes puede ser tratada con las mismas intervenciones psicosociales, aunque ligeramente modificadas, que son efectivas en el tratamiento de los adultos deprimidos. La sintomatología depresiva elevada ha sido propuesta como un factor de riesgo para sufrir futuros episodios depresivos. Los datos procedentes de los estudios epidemiológicos de gran escala sugieren que los adolescentes que presentan niveles de depresión, tienen un alto riesgo de desarrollar trastorno afectivo futuro y representan una proporción importante de la población.

En la Unidad de Psiquiatría Infantil del HIC de Badajoz, se realizó un estudio sobre la eficacia de las técnicas grupales cognitivo - conductuales en la prevención de episodios depresivos mayores en adolescentes de alto riesgo definidos por la presencia de puntuaciones altas en una serie de escalas estándar (CDI, CEDS, STAI). Son adolescentes que presentan sintomatología subclínica pero que no cumple los criterios de un trastorno afectivo. Se realiza una distribución aleatoria entre un grupo control y un grupo experimental al que se le aplicó una técnica cognitiva-conductual grupal. La intervención activa se

hipotetiza asociada a la reducción de incidencia futura de trastorno depresivo. La muestra está compuesta por adolescentes seleccionados aleatoriamente de todos los colegios de la ciudad de Badajoz. En total se visitaron 20 colegios y se estudiaron 1099 adolescentes con edades comprendidas entre los 13 y 17 años.

Los resultados demuestran la eficacia y utilidad preventiva de la terapia cognitivo conductual en grupos de adolescentes con alto riesgo para el desarrollo de patología depresiva, después de la implementación de los programas se muestran cambios significativos con respecto a los niveles iniciales muy altos y altos de riesgo de desarrollar depresión, que disminuyeron a niveles medios y bajos.

El Proyecto de Prevención de San Francisco es un estudio relevante en el que se trató de analizar si una intervención podía prevenir episodios clínicos de depresión mayor (Muñoz y cols., 1987) (citados por G., Buela; T., Carrasco & L., Fernández, 1997). Los participantes hablaban español o inglés y eran pacientes en clínicas de servicios primarios. Antes de participar en el estudio se les aplicó una entrevista estructurada y los pacientes que cumplían los criterios indicadores de presencia de un trastorno psiquiátrico era remitido a tratamiento y no tomaba parte en el estudio. El resto de los pacientes eran asignados al azar a la condición experimental o control. La condición experimental que consistía en la participación en el Curso para Prevención de la Depresión, duraba ocho sesiones semanales de dos horas cada sesión, en el que se les enseñaba a los participantes métodos de autocontrol cognitivo conductuales. El curso se basaba en la influencia recíproca de los

pensamientos, las actividades y las interacciones personales, y su repercusión en el estado de ánimo. De los 150 participantes que fueron asignados al azar, se contactó un año después con 139; de los cuales seis cumplían los criterios para ser diagnosticados con depresión mayor durante ese año. Cuatro de estos casos ocurrieron en el grupo control y dos en el grupo experimental, de éstos uno había acudido solamente a dos de las ocho sesiones y el otro a ninguna (Muñoz y Ying, 1993) (citados por G., Buela; T., Carrasco & L., Fernández, 1997). El número de casos de depresión mayor no fue suficiente para permitir hacer la prueba estadística para determinar si el número de nuevos casos fue reducido significativamente. Sin embargo, el nivel de síntomas depresivos sí fue significativamente menor en el grupo asignado al curso que en el grupo control.

MARCO TEÓRICO

Depresión

Definición

El término depresión comprende una serie de problemas y trastornos psicológicos asociados a la alteración del estado de ánimo. Se manifiesta como una tristeza vital profunda, que incluye una variada sintomatología caracterizada por un déficit en el estado de ánimo. Diferentes estudios revelan una serie de síntomas clínicos específicos que inciden, dificultan o impiden el funcionamiento adecuado de las personas en su ambiente; tales como disminución del interés y la motivación, pérdida de energía, dificultad para concentrarse y atender, cambios en el apetito y patrones de sueño, sentimientos negativos, gestos suicidas, ideación suicida, aislamiento social, entre otros.

Modelos y Explicaciones Teóricas de la Depresión

Dentro del trabajo investigativo clínico sobre salud mental, puede encontrarse numerosas publicaciones en torno al concepto depresión; de igual manera, es posible encontrar investigaciones encaminadas a describir las características de este trastorno a partir de su clasificación, etiología, curso y tratamiento. A continuación se exponen algunas de las teorías principales.

Modelos de Clasificación de la Depresión

La categorización y clasificación de los trastornos mentales puede encontrarse en dos publicaciones mundialmente conocidas como son: El DSM-IV en el que se categoriza los trastornos depresivos de acuerdo a su prevalencia y a la combinación de síntomas que se pueden presentar en un caso. Así encontramos una clasificación basada en la distinción entre episodios

depresivos y trastornos depresivos como tal, que comparten la misma sintomatología, diferenciados por su cronicidad e intensidad y la duración en la presentación de los síntomas. Por su parte, en el CIE 10 se clasifica la depresión dentro de un grupo de trastornos caracterizados principalmente por un cambio en el humor o en la afectividad hacia comportamientos depresivos característicos como: Descenso en el nivel de actividad diaria, en la capacidad para disfrutar o interesarse y concentrarse, humor bajo, baja autoestima y otros síntomas cognitivos, somáticos y conductuales observables (Gómez, Hernández, Rojas, Santacruz, Uribe, 2002).

Explicaciones Socioculturales.

Las investigaciones en las que se asocia cultura, sociedad y depresión han encontrado que los índices de frecuencia y manifestación de los síntomas depresivos varían de manera considerable entre diferentes grupos culturales y sociedades (Goodwin y Guze, 1984; citados por D., Sue , D., Sue & S., Sue, 1996). Factores como la cultura, las experiencias sociales y los agentes estresantes del medio, desempeñan un papel importante en el desarrollo de los trastornos afectivos a manera de factores predisponentes o no de las conductas denominadas depresivas. Las conceptualizaciones del papel del estrés en la psicopatología en general y en la depresión en particular han propuesto de manera típica que éste es un factor importante que se debe considerar; en la diátesis, estrés y recursos sociales se establece que debido a condiciones genéticas o sociales ciertos individuos pueden tener una predisposición o vulnerabilidad para desarrollar depresión (Monroe y Simons, 1991; citados por D., Sue, D., Sue & S., Sue, 1996). El estrés puede actuar como un

desencadenante para activar esta predisposición, en especial cuando los individuos carecen de recursos para adaptarse al medio. Presuntamente, los individuos con una predisposición baja requieren de niveles mayores de estrés para deprimirse en comparación con los que tienen una predisposición alta. Otros estudios han establecido de forma creciente que el estrés psicosocial grave, precede a menudo el inicio de la depresión (Brown y Harris, 1989; Lewinsohn, Hoberman y Rosenbaum, 1988; Paykel, 1982; citados por D., Sue , D., Sue & S., Sue, 1996).

Algunos investigadores han examinado los apoyos o recursos sociales como amortiguadores contra la depresión. La suposición es que las personas que son expuestas al estrés, pueden desarrollar depresión o no, dependiendo de si tienen apoyos sociales adecuados. Holahan (1991), (citado por D., Sue, D., Sue & S., Sue, 1996), plantea que los recursos personales o familiares ayudan a los individuos a afrontar y adaptarse de manera adecuada al estrés.

Por otro lado, es necesario mencionar que las personas pueden diferir en el grado de vulnerabilidad a la depresión. Dicha vulnerabilidad puede ser causada por factores biógenos y psicológicos o ambos. Hammen y sus colegas (1992), (citados por D., Sue , D., Sue & S., Sue, 1996), argumentaron que la relación entre estrés y depresión es compleja e interactiva, al encontrar evidencia que apoya que la vulnerabilidad al estrés puede surgir de experiencias tempranas en la familia. A su vez los individuos pueden fallar en adquirir habilidades adaptativas, lo cual produce más estrés.

En una revisión de las explicaciones sobresalientes en cuanto a la diferencia de género en el desarrollo de depresión, Nolen-Hoeksema (1987), (citado por

D., Sue , D., Sue & S., Sue, 1996), concluyó que ninguna explica de modo fehaciente las diferencias observadas en los índices de depresión.

Los estudios cuyos resultados relacionan género y depresión, han encontrado que la depresión es mucho más común entre las mujeres que entre los hombres, sin importar la región del mundo, raza, etnicidad y clase social (Strickland, 1992; citado por D., Sue , D., Sue & S., Sue, 1996). Sin embargo, y aunque las mujeres tienen mayor probabilidad que los hombres de ser vistas en tratamiento y diagnosticadas como deprimidas, esto puede señalar la tendencia de que las mujeres están más dispuestas a buscar tratamiento, es decir, las diferencias de género pueden ocurrir en las conductas de autorreporte más que en los índices reales de depresión. El sistema de diagnóstico puede estar prejudicado hacia el hallazgo de depresión entre las mujeres; la depresión en los hombres puede tomar otras formas y por lo tanto recibir otros diagnósticos, tales como dependencia de sustancias. Otros investigadores proponen factores sociales o psicológicos como predisponentes en la tasa más alta de depresión femenina, el papel sexual tradicional de la mujer que determina comportamientos sociales como el hecho de que sean alentadas a presentarse como atractivas, sensibles a otras personas y pasivas en las relaciones (Strickland, 1992; citados por D., Sue , D., Sue & S., Sue, 1996).

Explicaciones Biológicas.

Las explicaciones biológicas sobre la etiología de los trastornos afectivos por lo general se centran en:

1. Factores genéticos: Por lo general los trastornos afectivos tienden a encontrarse entre miembros de la misma familia (American Psychiatric

Association, 1987; Perris, 1966; Winokur, Clayton y Reich, 1969; citados por D., Sue, D., Sue & S., Sue, 1996). Una manera de evaluar el papel de la herencia es comparar la incidencia de trastornos del estado de ánimo entre las familias biológicas y adoptivas de personas que fueron adoptadas siendo muy niños y que tienen los trastornos. Los resultados de esta comparación indicaron que la incidencia de estos trastornos fue más alta entre las familias biológicas que entre las adoptivas; estas últimas mostraron una incidencia similar a la de la población general (Kety, 1979; citado por D., Sue, D., Sue & S., Sue, 1996). Otra manera de estudiar la posible transmisión genética de los trastornos afectivos es comparar la incidencia de trastornos del estado de ánimo entre gemelos idénticos y fraternos. Estos dos enfoques de investigación descubren de manera consistente evidencia de influencia genética en los trastornos afectivos. De hecho, la mayor parte de la investigación ha sugerido que la herencia es un factor más fuerte en los trastornos afectivos bipolares que en los unipolares (Reus, 1988; citado por D., Sue, D., Sue & S., Sue, 1996).

2. Factores bioquímicos: No hay ningún modelo de transmisión genética confirmado, pero los estudios sugieren la intervención del brazo corto del cromosoma 11 y que estaba asociado con los trastornos del estado de ánimo entre los amish, una comunidad religiosa en Pennsylvania; brazo largo del cromosoma X: Xq 27-28 y cromosomas 21, 18 y 16. Aunque la herencia parece ser importante, sobre todo en los trastornos bipolares, los investigadores muestran poco consenso respecto al modelo apropiado para la transmisión de los trastornos afectivos; la mayoría favorece una teoría poligenética sobre una monogenética (Gershon y cols., 1989; citados Gómez y Cols., 2002).

Un número creciente de investigadores creen que los factores genéticos influyen en las cantidades de ciertas sustancias o neurotransmisores llamadas catecolaminas, estas pueden mediar entre la conducta motora activa y las emociones (Becker, 1974; Weiss, Glazer y Pohorecky, 1975; citados por D., Sue , D., Sue & S., Sue, 1996). La evidencia de los estudios genéticos ha demostrado que la herencia está implicada, aunque los mecanismos genéticos precisos se desconocen, la investigación de los factores bioquímicos parece bastante promisorio.

De acuerdo con la hipótesis de las catecolaminas o teoría aminobiógena de los trastornos del estado de ánimo, la depresión es causada por una deficiencia de neurotransmisores específicos como la norepinefrina, dopamina o serótina en las sinapsis cerebrales, mientras que la manía es causada por un suministro excesivo de esas sustancias (Bunney y cols., 1979; Schildkraut, 1965; citados por D., Sue , D., Sue & S., Sue, 1996).

Dos líneas de investigación implican a los neurotransmisores en los trastornos afectivos: (a) hallazgos que establecen una relación entre los niveles de neurotransmisores y la actividad motora, y (b) estudios de los efectos de la medicación sobre estos neurotransmisores y sobre los cambios del estado de ánimo.

Algunos hallazgos no sólo sugieren la importancia de la norepinefrina en las conductas depresivas, sino también muestran que los factores estresantes ambientales producen cambios bioquímicos y conductuales y, a la inversa, que los cambios bioquímicos pueden producir efectos conductuales similares a aquellos de los estresores ambientales (Weiss, Glazer y Pohorecky, 1975;

citados por D., Sue, D., Sue & S., Sue, 1996).

Algunos investigadores han sugerido que el nivel o cantidad de neurotransmisores presentes no es el factor primario. Señalan que el problema puede no ser la cantidad de neurotransmisor producido o disponible, sino más bien una disfunción en la recepción del neurotransmisor por la neurona receptora (Sulser, 1979; citado por D., Sue, D., Sue & S., Sue, 1996). El que los trastornos afectivos sean causados por una deficiencia en las sustancias neurotransmisoras, una respuesta receptora embotada o una desregulación más general en la neurotransmisión no puede ser resuelto en este momento; también existe la posibilidad distinta de que la depresión sea una colección heterogénea de subtipos de trastornos con distintos precursores biológicos y ambientales (Mann, 1989; citado por D., Sue, D., Sue & S., Sue, 1996).

Hallazgos de una clase diferente también han despertado el interés en los procesos biológicos o fisiológicos de la depresión. Por ejemplo, la depresión es vinculada con un inicio relativamente rápido y un incremento en el sueño MOR (Goodwin y Guze, 1984; citados por D., Sue, D., Sue & S., Sue, 1996). Pero aún no está claro por qué los patrones de sueño están ligados con la depresión.

También se ha enfocado un interés considerable en las posibles anormalidades en la regulación neuroendocrina en las personas deprimidas. Los depresivos tienden a tener niveles más altos de cortisol, una hormona secretada por la corteza suprarrenal en el cerebro. Estudios en diferentes países han mostrado que se han encontrado niveles sanguíneos más elevados de cortisol en depresivos que en personas normales y que la ausencia de supresión de estos niveles está vinculada con un pronóstico malo para la

recuperación (Reus, 1988; citado por D., Sue, D., Sue & S., Sue, 1996). Sin embargo, todavía no está claro si el cortisol ayuda a causar la depresión o es producido por ésta.

En conclusión, existen razones científicas que determinan la relación entre depresión y factores biológicos, genéticos y fisiológicos, que los ubica como elementos predisponentes y consecuentes de la misma; sin embargo no hay investigaciones que concluyan que éstos sean factores constitucionales únicos de la depresión. Una forma de entender la etiología de los trastornos depresivos, es verlos como el resultado de una interacción entre factores ambientales y biológicos.

Explicaciones del Modelo Cognitivo - Conductual

Las investigaciones desde el modelo conductual relacionan la depresión con la presencia y calidad de reforzadores en la vida de una persona. Reforzadores inadecuados o insuficientes conducen a una reducción de la frecuencia de la conducta que con anterioridad era reforzada de manera positiva (Fester, 1965; Lazarus, 1968; Lewinsohn, 1974; citados por A., Belloch, B., Sandín & F., Ramos, 1995). Los niveles bajos de autorreforzamiento como con reducciones en los reforzamientos ambientales. En otras palabras, cuando las personas obtienen menos reforzamientos del ambiente y no se proporcionan reforzamiento ellas mismas, son propensas a adquirir conductas depresivas.

Según Fester (1973) (citado por A., Belloch, B., Sandín & F., Ramos, 1995), la depresión se define como un cuadro de debilitamiento, inhibición generalizada del comportamiento o extinción del mismo como consecuencia de una pérdida, retirada o disminución de refuerzo desde el entorno social. De

acuerdo a este teórico, la conducta pierde su valor instrumental al ser desposeída de los efectos que normalmente le acompañaban. La reducción o pérdida de refuerzo puede deberse a múltiples razones; algunos eventos alteran la posibilidad de acceder a las vías habituales de obtención de refuerzo, ya sea por su suspensión debido a un accidente, enfermedad, muerte de alguien significativo, entre otros, o porque el propio sujeto se niega la posibilidad de acceder a las fuentes habituales u otras de refuerzo. La reducción de refuerzo conlleva al debilitamiento o a la extinción de las conductas que estaba manteniendo, dando lugar a una mayor pasividad y menor emisión de conductas reforzantes y reforzables, lo cual origina el cuadro depresivo.

Lewinsohn (1974-1979) (citado por A., Belloch, B., Sandín & F., Ramos, 1995). amplía la teoría de Fester y describe las dificultades para la obtención del refuerzo perdido como causa en el mantenimiento de la depresión. Las variables que inciden en un bajo nivel de reforzamiento positivo y que pueden conducir a la depresión son: (a) número de eventos y actividades que son potencialmente reforzantes para la persona, (b) disponibilidad de reforzamientos en el ambiente, y (c) habilidades sociales necesarias para producir reforzamiento. Este autor enfatiza el origen del cuadro depresivo en un déficit de conductas sociales de los individuos que puedan desencadenar en las otras personas refuerzo positivo y un mínimo de rechazo o castigo social aversivo. Estas características conductuales se estructuran en la historia previa de aprendizaje, tiempo de reacción bajo, menor frecuencia de inicio de conversación y menor refuerzo de la conducta social ajena; las cuales provocan

indiferencia y rechazo social. El modelo de la depresión de Lewinsohn es quizá la más amplia de las explicaciones conductuales (Lewinsohn, 1974^a, 1974b; Lewinsohn y Graf, 1973; Lewinsohn y Libet, 1972; Lewinsohn, Weinstein y Alper, 1970; ; citados por A., Belloch, B., Sandín & F., Ramos, 1995). Este modelo integra variables como habilidades básicas necesarias para afrontar situaciones estresantes, responder a las exigencias del medio social y habilidades para auto recompensarse.

Explicaciones cognitivas.

La teoría de la desesperanza aprendida de Seligman (1975) (citado por A., Semeari, 2002), La suposición básica de esta teoría plantea que las cogniciones y sentimientos de desamparo son aprendidos. Una persona que ve que sus acciones continuamente tienen muy poco efecto sobre el ambiente desarrolla una expectativa de desamparo. Cuando esta expectativa es confirmada en ambientes que pueden no ser controlables puede dar como resultado pasividad y por último depresión. En ella se afirma que las personas deprimidas han aprendido que los efectos que siguen a sus conductas son incontrolables. Tal aprendizaje se traduce en déficit cognitivos como dificultades en discriminar, hasta generalizar que ciertas respuestas y ciertos efectos van asociados, déficits motivacionales y déficits emocionales que no permiten respuestas alternativas. Para Seligman, los acontecimientos incontrolables no llevan por si solos a tales déficits, si no que son las atribuciones causales dadas por el individuo a dichos acontecimientos los que determinan la intensidad, duración, y generalidad de los déficit de indefensión. Las atribuciones causales a factores globales llevan a una sobregeneralización

de los déficits a lo largo de situaciones, y las atribuciones a factores estables llevan a persistir en los déficit a lo largo del tiempo; determinando la aparición de sintomatología depresiva.

Una reformulación de esta teoría plantea que las atribuciones causales, más que un factor etiológico necesario, pueden ser consideradas como una causa contribuyente distal (Abramson, Alloy y Metalsky, 1998; citados por A., Semeari, 2002), o como un factor concomitante al estado afectivo (Hamilton y Abramson, 1998; citados por A., Semeari, 2002).

El modelo cognitivo de Beck (1976), define la depresión como un trastorno primario en el pensamiento más que un trastorno básico en el estado de ánimo y considera los síntomas afectivos, motivacionales, comportamentales y fisiológicos de la depresión como consecuencia de dicho déficit. La manera en que las personas estructuran e interpretan sus experiencias determina sus estados afectivos. La percepción de si mismo, del futuro y del entorno en términos negativos constituye la triada cognitiva que Beck (1976), coloca como base de la depresión y como mediadores internos de la depresión los esquemas cognitivos o representaciones estables de experiencias pasadas en términos negativos y autoderrotistas, que proporcionan la base para seleccionar, diferenciar y codificar errónea o distorsionadamente, los estímulos que se presenten. La actuación de este esquema se refleja en los errores del pensamiento como abstracción selectiva y generalizada, pensamiento absolutista y moralista, invariabilidad, personalización por el carácter e irreversibilidad- en los fallos en el procesamiento de la información y en la evaluación de toda actuación en términos de déficit y fracaso. Además atribuye

el origen de dicho esquema a experiencias altamente estresantes de pérdida y privación en la infancia. Estos esquemas y autoesquemas inadecuados y mal adaptativos en los desordenes psicológicos, en general tienden a ser más rígidos, extremos e imperativos que la flexibilidad y adaptabilidad de otros sujetos; además se ha comprobado que algunas personas muestran susceptibilidad, predisposición o vulnerabilidad a desarrollar unas alteraciones y no otras. Los individuos con dominio de esquemas depresivos serían especialmente sensibles a las pérdidas y la privación. Beck (1987), ha identificado dos dimensiones de personalidad que pueden ser vistos como factores de vulnerabilidad en depresión: (a) autonomía, individuos caracterizados por una alta valoración por la independencia, libertad de acción, privacidad y autodeterminación y (b) sociotropía, alta valoración a las relaciones interpersonales, aceptación y afecto.

Riso (1992), hace referencia al paradigma del procesamiento de la información. De acuerdo a esta teoría, los déficits cognitivos característicos de la depresión están asociados a los patrones interaccionales primarios del niño con sus padres:

1. Una relación madre - hijo empobrecida, se constituye en un factor de riesgo para posteriores dificultades en la autorregulación del afecto (Soufe, 1983; citado por Riso, 1992). Por otro lado, las madres depresivas que expresan sentimientos negativos, desesperanza y agobio, poseen bajos estándares de efectividad como madres, muestran conductas de irritabilidad excesiva, evitación, relaciones afectivas inconsistentes, problemas de comunicación y hostilidad incrementada (Cummings, Kuczynski y Chapman,

1985; Weissman, Paykel y Klerman, 1972; citados por Riso 1992).

2. Los patrones disciplinarios de los padres en niños en edad escolar están asociados al estado afectivo de sus hijos. Los métodos orientados al castigo y a la retirada de afecto contingente a las conductas inadecuadas, inconsistencia en la aplicación de reglas e inculcar en el niño la idea de que él es responsable de los estados emocionales de los padres son menos eficaces para regular el afecto (Peterson, 1982; Singer y Singer, 1971; citados por Riso 1992).

Según Hoffman (1970), (citado por Riso 1992), los padres que en situaciones conflictivas centran su atención en los estados afectivos de los niños que en las causas de la situación conflictiva, tienen probabilidad de generar niños con un razonamiento moral más convencional y rígido, inflexible, severo y plagado de *debería* comparable a las actitudes rígidas, críticas y estrictas de los depresivos.

3. Hay evidencia que los desórdenes afectivos y de personalidad de los padres son más frecuentes en la población de niños deprimidos, lo cual se constituye en un factor de riesgo para adquirir depresión (Orvaschel y cols, 1980; citados por Riso 1992).

4. Las características familiares de niños depresivos como problemas de pareja, alta hostilidad, (Bemporad y Won Lee, 1984; citados por Riso 1992) y maltrato infantil (Kazdin, Moser, Colbus, y Bell, 1985; citados por Riso 1992), se constituyen en factor de riesgo para desarrollar depresión.

En conclusión, el paradigma informacional ubica la etiología de la depresión en las fuentes intra e interpersonal de la regulación del afecto en distintas épocas o etapas del desarrollo, con más o menos influencia de una u otra.

Inicialmente, los factores interpersonales o sociales son determinantes para el control de los distintos estados afectivos; sin embargo, a medida que el niño va creciendo la fuente va adquiriendo un control cada vez más interno, un control cognitivo.

Conceptualización de la depresión en el modelo cognitivo conductual.

Para el modelo conductual la conducta patológica esta regida por los mismos principios que rigen el comportamiento normal. Una combinación entre funciones biológicas, cogniciones, conductas y el contacto con el ambiente determinan comportamientos adaptativos o desadaptativos en los individuos. Por tal motivo se parte del hecho que la conducta debe ser observada y medida. A partir de la observación se evalúan las variables que conforman una conducta o comportamiento dando paso a la formulación de hipótesis y teorías que deben ser confirmadas empíricamente, estableciendo relaciones o contingencias en diversos niveles del comportamiento, incluyendo elementos como los pensamientos, las emociones, el afecto, entre otros, en función del estado biológico del organismo, de la conducta actual observable, de su historia previa y de la influencia del ambiente en ella. Por tal motivo, la depresión, vista desde la perspectiva conductual debe ser descrita como un constructo operacionalizado en forma de conductas específicas en tres canales de respuesta:

1. Sistema cognitivo: Dentro del cual se encuentran pensamientos negativos sobre si mismo, como autorreproches, autculpa; sobre el futuro, como ideas de muerte, suicidio, ente otras; y sobre las propias experiencias como sentimiento de soledad, derrotismo, abatimiento, desánimo, apatía, entre

otros. Los cuales se definen como distorsiones cognitivas o interferencias arbitrarias, abstracciones selectivas, sobregeneralizaciones, personalizaciones, entre otras; además de dificultades para concentrarse y recordar.

2. Sistema motor: En el que se encuentran déficits de conductas sociales como hablar, reír, alabar a un amigo, entre otras; déficits de conductas positivas como leer, hacer deporte, salir de casa, entre otras; exceso de conductas de escape y evitación ante estímulos aversivos particulares como pedir ayuda, quejarse, entre otras; y exceso de conductas inusuales o irracionales como permanecer en casa, estar acostado, intento suicida, entre otras.

3. Sistema fisiológico: Síntomas somáticos como sequedad de la boca, disminución de la sudoración, estreñimiento, dolor de estomago, falta de apetito, amenorrea, insomnio, cefalea, mareos, entre otros.

Tratamiento Cognitivo Conductual de la Depresión

La terapia cognitiva conductual, como su nombre lo indica, combina estrategias cognitivas y conductuales. El componente cognitivo implica enseñar al paciente: (a) identificar pensamientos o cogniciones autocríticos negativos que ocurren de manera automática, (b) notar la conexión entre los pensamientos negativos y la depresión resultante, (c) examinar con cuidado cada pensamiento negativo y decidir si puede ser apoyado, y (d) intentar reemplazar los pensamientos negativos distorsionados con interpretaciones realistas de cada situación (Beck y cols., 1979).

Los terapeutas cognitivos consideran que los pensamientos distorsionados causan problemas psicológicos tales como la depresión y que al cambiarlos se puede eliminar la depresión.

La segunda parte del enfoque cognitivo conductual, es la terapia conductual, la cual por lo general está indicada en casos de depresión grave en los que el paciente está casi inactivo. Una suposición central que tiene este enfoque es que una persona deprimida no está realizando suficientes actividades placenteras y recompensantes (Lewinsohn, 1977; citado por O., Rodríguez & F., Méndez, 1998). Para abordar este problema se les pide a los pacientes deprimidos que lleven un programa de actividades diario en el que enlistan los eventos cotidianos hora tras hora y estiman el grado de placer de cada evento. Por lo general, al supervisar y estimar los eventos se incrementa la frecuencia de éstos.

La terapia cognitiva conductual parece muy promisorio como un tratamiento plausible para la depresión (Kovacs y cols., 1981; Williams, 1984; citados por G., Calderón, 1996).

Hollon, DeRubeis y Seligman (1992) (citados por A., Semeari, 2002), encontraron que la terapia cognitiva puede reducir el riesgo de episodios de depresión que ocurren después del tratamiento. Los clientes deprimidos tratados con terapia cognitiva tienen menor probabilidad de desarrollar síntomas subsecuentes de depresión en comparación con aquellos tratados farmacológicamente. Los cambios cognitivos en los estilos, explicaciones y las atribuciones entre los clientes de la terapia cognitiva pueden ayudar a prevenir los síntomas depresivos.

Depresión en la Adolescencia

En general, no hay un criterio unificado sobre la existencia de depresión en adolescentes que se distinga del diagnóstico de depresión en adultos, las

características clínicas son similares; sin embargo, algunos teóricos de la conducta plantean características inherentes a la depresión en adolescentes. Fernández (1988), (citado por M., Shaffi & S., Shaffi, 1992), plantea que además de la sintomatología propia de depresión, el adolescente deprimido presenta problemas de conducta, conductas delictivas, irritabilidad y las describe como la expresión propia de la depresión en estas edades.

Los signos más comunes encontrados dentro de la práctica clínica y la literatura sobre depresión en la adolescencia son: Humor deprimido, sentimientos de culpa y fracaso, trastornos de conducta como rebeldía extrema, fugas, hiperagresividad, irritabilidad, fracaso escolar y conductas desviadas y predelincuentes, cambios en el apetito y/o el peso, problemas de sueño, dificultad para concentrarse, rechazo de la propia imagen, autoconcepto negativo, retraimiento social, dificultades para la relación interpersonal adecuada, e ideación suicida y es frecuente el desarrollo de ansiedad.

Un análisis de la depresión debe tener en cuenta el papel de la ansiedad, la tensión física y mental. Las personas que sólo sufren de ansiedad, difieren de las deprimidas en que no se presenta tristeza, pesimismo ni desesperación o desesperanza (Graham, 1982 ; citado por M., Shaffi & S., Shaffi, 1992).

Algunas investigaciones concluyen que la depresión es un cambio del estado de ánimo que se da como respuesta a muchos estímulos. Este estado es común en los adolescentes, como consecuencia del proceso de maduración, del estrés asociado a éste, de los conflictos con los padres, entre otros. También puede ser una reacción a un suceso perturbador, como por ejemplo, la pérdida de una persona significativa, el fracaso en la escuela, entre otros; dicha

reacción puede presentarse sin ninguna causa aparente o ser causada por enfermedades psiquiátricas o por medicamentos.

Incidencia de la Depresión en Adolescentes

Durante la adolescencia la mayoría de experiencias por las que atraviesa el adolescente suelen ser percibidas como situaciones incontrolables que alteran su estado emocional pues, en conjunto, los cambios normales del desarrollo, su inseguridad de todo cuanto vive y lo que lo rodea, sus pensamientos sobre sus cambios corporales y su aspecto físico, la vivencia de algunas circunstancias problemáticas como divorcio de los padres, violencia familiar, abuso sexual, abuso de drogas, entre otras, y el hecho de que los cuestionamientos principales sean acerca de sus propios sueños infantiles y la búsqueda de su independencia pueden causar gran perturbación en el adolescente y resultar agobiantes (Méndez & Marcía, 1997).

Ante esta crisis y este choque con lo nuevo, muchos adolescentes caen en la depresión (Méndez & Marcía, 1997).

En sí los factores de riesgo varían de acuerdo a la edad, el sexo y las influencias socioculturales; pueden modificarse a lo largo del tiempo y por lo general se presentan combinados. Entre los principales factores etiológicos en el desarrollo de la depresión están: (a) uno o más trastornos mentales diagnosticables (Shafii y Shafii, 1995); (b) acontecimientos adversos a la vida como pérdida de un ser querido, ruptura con la pareja, dificultades económicas, (Marsellach, 1999; citado por J., González, 2001), falta de éxito en los estudios (Marsellach, 1999; citado por J., González, 2001); (c) antecedentes familiares de depresión, de trastornos mentales o abuso de sustancias (Shafii y Shafii,

1995); (d) violencia familiar, incluido abuso físico, sexual, verbal y/o emocional (Marsellach, 1999; citado por J., González, 2001); (e) enfermedad física (Marsellach, 1999; citado por J., González, 2001); (f) escasa relación social (Vallejo, 1991; citado por J., González, 2001); (g) carencia de contacto afectivo o alejamiento prematuro (Guidano Liotti, 1983; citado por A., Belloch, B., Sandín & F., Ramos, 1995).

Los datos sobre la incidencia en la población varían sustancialmente dependiendo de la muestra utilizada, del subtipo de depresión, la edad y los trastornos asociados. Con respecto a la edad las muestras varían desde niños de tres años hasta adolescentes, lo cual estaría mostrando la dificultad de extraer conclusiones generalizables (Riso, 1992). Sin embargo, las investigaciones realizadas muestran que la incidencia de la depresión aumenta considerablemente en la adolescencia, las dos edades donde hay mayor propensión a la depresión severa son entre los 15 y 19 años y de los 25 a los 29 años (Judd, 1991; citado por D., Sue, D., Sue & S., Sue, 1996). En cuanto al género la depresión en los niños surge con igual frecuencia en los dos géneros y en la adolescencia y la edad adulta es casi dos veces más frecuente en las mujeres. Los investigadores aún no determinan la razón precisa de esta diferencia de género, al parecer es resultado de una combinación de factores sociales, culturales y biológicos (APA Task Force on Women and Depression, 1991; citado por D., Sue, D., Sue & S., Sue, 1996).

Epidemiología de la Depresión en Adolescentes

La adolescencia es un periodo vulnerable a sufrir depresión, ya que los cambios normales del estado de ánimo se intensifican significativamente y se

experimenta más a menudo tristeza y humor disfórico (M., Shaffi y S., Shaffi, 1995). Kaplan y cols. (1984, citado por M., Shaffi y S., Shaffi, 1995) administraron el Inventario de Beck a 385 estudiantes de educación secundaria y pudieron concluir que la edad tiene una influencia significativa en la depresión pues encontraron que los niños de 11 a 13 años de edad tenían menos síntomas depresivos que los de 14 a 18 años de edad.

Los estudios epidemiológicos realizados por Kashani y Carlson (1987), Kashani y Simonds (1979) y Kashani y cols. (1983, 1986, 1987, citados por M., Shaffi y S., Shaffi, 1995) teniendo en cuenta la edad, revelan que la prevalencia de la depresión mayor aumenta con la edad en niños y adolescentes; igualmente para la distimia que parece aumentar con la edad.

En cuanto al género, Anderson y cols. (1987) (citados por M., Shaffi y S., Shaffi, 1995) encontró una relación varón-mujer de 1:5 para el trastorno depresivo a los 11 años de edad y a los 13 años la misma relación era de 4:1 (Mc Gen y Williams, 1988, citados por M. Shaffi y S. Shaffi, 1995). Kandel y Davies (1982), (citados por M. Shaffi y S. Shaffi, 1995), encontraron que las adolescentes de 14 a 18 años tenían más síntomas depresivos que los varones.

Prevención en Salud

Concepto de Salud y Enfermedad

Teniendo en cuenta que el concepto de salud del cual se parte va a influenciar cualquier investigación o producción teórica y práctica de la prevención de la enfermedad y promoción de la salud, es necesario establecer un criterio preciso sobre la compleja definición de salud.

La lengua española define el vocablo salud del latín *salus* – *salutis*, como estado del organismo que no está enfermo y enfermedad del latín *infirmitas* – *atis*, se relaciona con alteraciones del organismo que perturban su funcionamiento normal.

Desde que en la época de los cuarenta la Organización Mundial de la Salud formulara su definición de salud, muchas otras conceptualizaciones se han efectuado. Una de las aproximaciones teóricas más aceptada es la que agrupa por características generales las definiciones de salud, la cual tiene la ventaja de reunir la información en categorías con datos de contenido y coherencia.

Tripp – Reimer (1984), (citado por T., Carwath & D., Miller, 1989), agrupa las categorías de salud en tres grandes categorías:

1. La real academia de la lengua española, considera la salud como algo discontinuo, es decir se trata de afirmar que un determinado individuo se halla o bien sano o bien enfermo.
2. Otras definiciones consideran la salud como algo continuo o dinámico, lo que conllevaría a considerarla como el aspecto final de un cambio progresivo, es decir la ausencia de patología constituye un extremo y el estar sano el otro.
3. Un tercer grupo considera la salud como algo utópico, es decir como un estado de bienestar y autorrelización que es prácticamente imposible de alcanzar.

Dentro de este apartado se incluye la definición de la Organización Mundial de la Salud, en la cual se conceptualiza la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de invalidez o enfermedad” (Hogarth, 1978; citado por T., Carwath & D., Miller, 1989).

Otros autores enumeran dimensiones que se pueden agrupar en diversas conceptualizaciones de salud, entre las cuales están:

1. Un determinante para la definición de salud es la adaptación, para la cual es necesario distinguir entre dos niveles de ésta: (a) una perspectiva ontogénica, haciéndose énfasis en la congruencia persona – ambiente, en los diversos contextos en los que ha de interactuar el sujeto (Moos, 1987; Muchinsky y Monahan, 1987; citados por citado por T., Carwath & D., Miller, 1989); y (b) una perspectiva biológico – evolutiva o filogenética, desde la cual, un individuo que se encuentra bien tiene una alta probabilidad de transmitir sus genes a las generaciones futuras. De estas dos perspectivas es la primera la que presenta mayor relevancia teórico – práctica. Esto conlleva a considerar la salud desde la perspectiva de las funciones y a definirla como desempeño de las funciones sociales. (Ahmed, Kolker y Coelho, 1979; Parsons, 1976; citados por T., Carwath & D., Miller, 1989).

2. Desde una perspectiva psicológica, Jonada (1958), Maslow (1979), Warr (1987), Taylor (1991) (citados por M., Simon, 1999) tienen en cuenta diferentes esferas del funcionamiento del individuo e incluyen en el concepto características como: (a) logro o aspiración, que hace referencia a establecer metas realistas y efectuar esfuerzos para conseguirlas; (b) funciones cognitivas o percepción realista del mundo; (c) balance emocional o manera adecuada de reaccionar ante los estímulos; (d) ajuste social, que se refiere a actuar de forma autónoma y competente dentro del contexto sociocultural; (e) autoestima o percibirse positivamente a si mismo; y (f) ilusiones o la capacidad de sentirse satisfecho, alcanzar metas dentro de un ambiente desafiante y a veces

amenazador.

En conclusión, resulta complicado unificar un concepto aceptado de salud/enfermedad. Una aproximación teórica dentro del trabajo preventivo describe el término salud como el estado objetivo y subjetivo de bienestar que está presente cuando el desarrollo físico, psicológico y social de una persona está en armonía con sus propias posibilidades, ambiciones y condiciones vitales. La salud es deteriorada cuando las demandas que se presentan en una o más de estas áreas no pueden ser afrontadas por la persona. Los efectos pueden manifestarse en síntomas de desviación social, trastornos psicológicos o enfermedad física, aunque este no tiene que ser necesariamente el caso (Simon, 1999).

De este modo, la salud está compuesta por los componentes físico, psicológico y social que se influyen mutuamente. La salud solo es posible cuando una persona pueda establecer relaciones sociales constructivas, está socialmente integrada y puede adaptar su estilo de vida individual a los cambiantes aspectos productores de tensión del ambiente, para asegurar así la propia regulación personal y actuar de acuerdo a las posibilidades biogenéticas, fisiológicas y físicas presentes (Simon, 1999)

Esta definición se aplica a personas en diferentes etapas de la vida. Es aplicable tanto a niños y adolescentes, como a adultos y ancianos.

Algunas de las posibles consecuencias prácticas del concepto positivo de salud que plantea la Organización Mundial de la salud es el énfasis en la promoción de la salud, a través del diseño e implementación de programas preventivos.

Prevención en Salud Mental

La historia de la prevención es tan antigua como la historia de la enfermedad.

“No es posible definir operacionalmente los conceptos que se utilizan en una teoría científica sin arrebatárles su capacidad de aplicarlos a situaciones nuevas” (Brathwite, 1985, p.34). El concepto de prevención o precaución para evitar un riesgo, según el diccionario ideológico de la lengua española, proviene del campo de las enfermedades infecciosas y de acuerdo con la aseveración de Brathwite antes citada, lleva aparejados los sesgos inherentes a ese origen.

El hecho de que el concepto provenga de las enfermedades infecciosas y que el modelo de esta no sea aplicable a las enfermedades mentales, complica las cosas. La prevención en salud mental presenta notables diferencias con la prevención de las enfermedades infecciosas; de hecho, pertenecen a dos órdenes de realidades ampliamente diferenciadas que no permiten la simple generalización de los conceptos y de los métodos.

En pocas enfermedades mentales se puede hablar de una etiología precisa, no hay reglas seguras para influir de manera decisiva en el desarrollo emocional del niño, aunque parece clara la influencia de los eventos vitales estresantes en la génesis de algunas enfermedades. No existe una forma adecuada de preverlos y evitarlos, con lo cual la prevención se convierte en una tarea realmente complicada.

En términos epidemiológicos, la prevención trata de reducir la incidencia, es decir, la proporción de casos clínicos que comienzan durante un cierto periodo, generalmente un año. En contraste, el tratamiento, si es efectivo, reducirá la

prevalencia, es decir, la proporción total de miembros de una población que sufren de trastornos durante un lapso determinado. Naturalmente que si la prevención da resultado, la reducción de la incidencia o el número de casos nuevos, conducirá eventualmente a una reducción en la prevalencia, el número total de casos.

Para que un programa pueda designarse como preventivo debe cumplir como mínimo con las siguientes condiciones:

1. Estudio con los métodos ad hoc, de la situación de partida, o línea de base de los indicadores que pretendemos mejorar.
2. Establecimiento de los objetivos a conseguir, temporalmente secuenciados.
3. Descripción precisa de las intervenciones a realizar sobre la muestra adecuada.
4. Establecimiento de un grupo control, de características homogéneas con las del grupo problema, sobre el que no habrá actuación programada alguna. La evaluación comparativa de la evolución de los indicadores elegidos en los dos grupos nos puede dar la respuesta acerca de que si el objetivo se ha cumplido (Buela, Fernández & Carrasco, 1997).

Implicaciones Actuales de la Prevención

Se reconoce la necesidad de una ciencia de la prevención, cuyo objetivo es el de eliminar o mitigar, en la medida en que sea posible, las causas de cualquier patología prevenible con el conocimiento actual disponible (Albee y Ryan – Finn, 1993; Coie, Watt, West, 1993; citados por G., Buela, L., Fernández & T., Carrasco, 1997). De una forma general se hace énfasis no solo en las estrategias de promoción y protección de la salud, sino también en la facilitación

de servicios preventivos (Oberle, Baker y Magenheim, 1994; citados por G., Buela, L., Fernández & T., Carrasco, 1997) desde una perspectiva y significado positivo del concepto de salud (Afifi y Breslow, 1994; citados por G., Buela, L., Fernández & T., Carrasco, 1997), ya que se trata de hacer más énfasis en lo positivo de la salud que en los aspectos de ausencia de la salud, esto es en la enfermedad.

En el futuro de la prevención se deberá tener en cuenta de forma prioritaria a las poblaciones vulnerables que tienen un mayor riesgo de padecer múltiples enfermedades; orientando la prevención hacia aquellas intervenciones dirigidas a disminuir o eliminar los comportamientos de riesgo asociados al desarrollo de algún tipo de enfermedad y diseñándose en cada caso concreto, los procedimientos de intervención preventiva pertinentes.

Se distinguen dos procesos de intervención, el preventivo que trata de evitar trastornos potenciales en el desarrollo de la personalidad y la intervención correctiva o rehabilitadora cuyo objetivo es reducir, y si es posible, eliminar trastornos ya manifestados. Las intervenciones preventivas comprenden fundamentalmente aquellas medidas que son dirigidas hacia el entrenamiento de habilidades personales y la mejora de las condiciones de vida de una persona o poblaciones y tienen como objetivo reducir el número de nuevos episodios psicopatológicos en una población y evitar la aparición de factores de riesgo para problemas y desviaciones de la conducta. El contraste conceptual más claro es entre prevención y tratamiento. En el primer caso, la intervención preventiva se lleva a cabo con personas que no son casos clínicos con el propósito de que no lleguen a desarrollar ningún trastorno. En el caso de

tratamiento, una persona que ya padece algún trastorno es objeto de una intervención con el propósito de determinar el proceso patológico y cambiar e invertir estas conductas y reducir las consecuencias y efectos negativos (Bravo, Serrano – García, 1991; citados por G., Buela, L., Fernández & T., Carrasco, 1997).

Junto a esta diferenciación de etapas en el proceso a través del cual los trastornos surgen y se desarrollan, se puede diferenciar además entre las dimensiones objetivo de las medidas; las cuales se dividen en:

1. Recursos personales, cuando el individuo es el objetivo de las actividades, y cuando están siendo influidas y modificadas las actitudes, las conductas y los hábitos.
2. Recursos sociales, cuando la intervención se dirige a factores ecológicos, materiales y ambientales, con el objetivo de lograr repercusiones efectivas sobre la conducta del individuo (Hurrelmann, 1987, citado por G., Buela, L., Fernández & T., Carrasco, 1997).

En la etapa preventiva, los recursos individuales se dirigen a la promoción de competencias y los recursos sociales al mejoramiento de la calidad de vida (Buela, Fernández & Carrasco, 1997).

Salud y Psicología

El modelo biopsicosocial (Engel, 1977; citado por T., Carwath & D., Miller, 1989), establece que la salud es una condición de bienestar que resulta de la interacción dinámica entre los aspectos físicos y psicológicos de la persona y su ambiente natural y social, y que facilita al ser humano el disfrute de la vida, el acceso a múltiples recursos y su contribución a las esferas productivas y

creadoras de la sociedad.

Esta posición surge en antítesis al modelo biomédico tradicional, que concibe al cuerpo humano como una máquina que puede ser analizada en términos de sus partes, cuyo mecanismo es entendido desde el punto de vista de la biología molecular o celular (Capra, 1983; citado J., Latorre & J., Beneit, 1994). La enfermedad se considera como consecuencia del mal funcionamiento de esa máquina y la tarea de quienes practican la medicina es intervenir física o químicamente para reparar ese mecanismo. Hasta hace poco se prestaba atención exclusivamente a los factores biológicos involucrados en la salud, considerando, “Salud es el estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones”. (Diccionario de La Real Academia Española, 1984, p. 1215). Esta definición surge del modelo biomédico que ha dominado el sistema conceptual de las profesiones de la salud en los países occidentales durante los últimos siglos (Buena, Fernández & Carrasco, 1997). En tiempos recientes, sin embargo, se ha ido reconociendo crecientemente la importancia de otros factores, como los psicológicos, sociales y ambientales. La psicología es una de las disciplinas que han aportado mucho en este sentido. Una de las aportaciones principales se ha dado a través del estudio del apoyo social, especialmente en términos con su relación con el estrés; el cual se ha identificado como un proceso psicosocial de gran importancia para el mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad. La relación entre estrés y depresión radica en el hecho de que ante ciertas condiciones estresantes, algunos individuos pueden tener una predisposición o vulnerabilidad para desarrollar depresión (Hammen y cols., 1992; citados por

D., Sue; D., Sue; & S., Sue, 1996).

Partiendo de este análisis, el enfoque biopsicosocial, es el que explica mejor los fenómenos de salud y enfermedad, proporcionando los principios básicos para dirigir esfuerzos teóricos e investigadores, al igual que las intervenciones de naturaleza preventiva o curativa (Bravo, Serrano- García, 1991; citados por G., Buela, L., Fernández & T., Carrasco, 1997).

Psicología de la Salud

Para Taylor (1986) (citado por M., Simon, 1999) la psicología de la salud intenta comprender la influencia de las variables psicológicas que intervienen en el estado de salud, el proceso por el que se llega a éste y cómo responde una persona cuando está enferma.

La psicología de la salud estudia los aspectos psicológicos de la salud y la enfermedad, y centra su atención en la promoción y mantenimiento de la salud (Carnwath, Miller, 1989).

Reig, Rodríguez y Mirá (1987), (citados por T., Carnwath & D., Miller, 1989), señalan que la psicología de la salud se basa en cuatro suposiciones básicas:

1. Determinados comportamientos incrementan el riesgo de ciertas enfermedades, la conducta es un factor de riesgo.
2. La modificación de determinados comportamientos puede reducir la probabilidad de riesgo de determinados procesos de salud.
3. El comportamiento se puede cambiar con relativa facilidad.
4. Las intervenciones psicológicas pueden resistir con un balance favorable un análisis de costo-utilidad/eficacia.

La psicología de la salud pretende ofrecer respuestas a cuestiones como la

relación de entre los comportamientos humanos y la salud y la enfermedad, el papel que desempeñan las emociones, como el estrés, en la génesis y evolución de diferentes enfermedades, los factores de riesgo de tipo comportamental para la salud, la evolución de los hábitos de salud a lo largo de la vida, entre otros (Beneit, 1994).

Para responder a éstas y otras cuestiones, diversos autores han propuesto modelos más o menos generales que puedan servir de marco de referencia para dirigir las investigaciones y para integrar sus resultados.

Para efectos de la presente investigación, se abordará la perspectiva teórica del Modelo de Creencias en Salud de Rosenstock (1966). Según este modelo, las personas producirán cambios conductuales significativos en el área de su salud y cambiarán sus actitudes y creencias si tienen un mínimo de información relevante para su salud (Bécquer y Mainman, 1975; citados por M., Simon, 1999). Los factores que determinan la conducta de salud son de dos tipos:

1. La percepción de amenazas sobre la propia salud, que se encuentra determinada por factores como los valores generales sobre la salud, las creencias específicas sobre la propia vulnerabilidad ante la enfermedad y las creencias sobre la gravedad de la enfermedad.
2. Las creencias de los individuos sobre la posibilidad de reducir esas amenazas, en función de la creencia en la eficacia de las medidas concretas para reducir las amenazas y la convicción de que los beneficios de las medidas superan los costos.

Los anteriores elementos juegan un papel importante en la identificación de factores de riesgo y el diseño de programas de intervención. Teniendo en

cuenta el objetivo de la prevención primaria, que es favorecer la adquisición por parte de los individuos de conductas saludables y modificar aquellas otras, que suponen un riesgo para la salud, puede por tanto, adoptarse un modelo teórico de salud que pueda constituirse en una valiosa estrategia psicológica preventiva.

Psicología Preventiva

La psicología preventiva constituye un campo de investigación-acción interdisciplinario que desde una perspectiva proactiva, ecológica y ética, y una conceptualización integral del ser humano en su contexto socio comunitario real y concreto, trata de utilizar los principios teóricos y la tecnología de la intervención actualmente disponible en cualquier disciplina que resulten útiles para la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud física y mental, y de la calidad de vida en el ámbito comunitario, tanto a corto como a largo plazo (Buela, Fernández & Carrasco, 1997).

Esta definición destaca la interdisciplinarietà de la psicología preventiva, evidente en el uso de todo conocimiento que resulte útil para la promoción de la salud y de la calidad de vida, independientemente de la disciplina de que proceda.

Debe quedar en claro que la psicología preventiva no es psicología clínica, no es psiquiatría comunitaria, no es salud mental comunitaria, no es exclusivamente psicología de la salud, aunque todas ellas hagan aportaciones útiles para la teoría y práctica de la prevención. Considera al ser humano y su contexto sociocomunitario desde una perspectiva ecológica y con una conceptualización integral en su hábitat social y material, como unidad

biopsicosocial, de la salud y calidad de vida del ser humano (Buela, Fernández & Carrasco, 1997).

La intervención preventiva es proactiva porque está dirigida a poblaciones que se hallan o no en elevados niveles de riesgo. En caso en que la intervención se dirija a poblaciones o sujetos en situación de riesgo y se les entrene o intervenga para superar o afrontar las situaciones estresantes con las que se va a encontrar se habla de prevención reactiva. Esta retoma los principios teóricos y la tecnología de la intervención disponible, procedente de cualquier campo del conocimiento, por ejemplo, la sociología, la psicología, la medicina, la psiquiatría, etc.; que pueden resultar útiles o funcionales para la promoción de la salud y calidad de vida tanto en el ámbito individual como comunitario. Los principios teóricos y prácticos de la promoción de la salud tienen que llevarse a cabo siempre desde una perspectiva ética, respetando siempre los derechos y deberes individuales y comunitarios de los individuos (Bravo, Serrano-García, 1991; citados por G., Buela, L., Fernández & T., Carrasco, 1997).

Hasta hace poco se prestaba atención exclusivamente a los factores biológicos involucrados en la salud. En tiempos recientes, sin embargo, se ha ido reconociendo crecientemente la importancia de otros factores, como los psicológicos y sociales. La psicología es una de las disciplinas que han aportado mucho en este sentido. Una de las aportaciones principales se ha dado a través del estudio del apoyo social y del aprendizaje de competencias personales, especialmente en relación con el estrés; el cual se ha identificado como un proceso psicosocial de gran importancia para el mantenimiento de la

salud y la prevención de la enfermedad (Latorre & Beneit, 1994).

La prevención tiene el objeto de evitar o reducir la incidencia y prevalencia de una determinada enfermedad o problema. Dichos esfuerzos han sido categorizados en tres niveles de intervención: (a) primario, dirigido a evitar o reducir la incidencia de casos; (b) secundario, orientado a reducir los efectos adversos resultado de la incidencia de casos; (c) terciario, enfocado al control de dichos efectos adversos, una vez presentes. Los tres niveles tienen como meta la promoción de una mejor calidad de vida (Caplan, 1964; citado por T., Carnwath & D., Miller, 1989).

El concepto de prevención ha sido enmarcado tradicionalmente dentro del contexto del modelo biomédico. Dentro de la perspectiva biopsicosocial, se persigue la activación y autorresponsabilidad de las personas respecto a su salud. Respetar ese conocimiento y fomentar el autocontrol es lo que conocemos como promoción de la salud.

Psicología Preventiva Cognitivo Conductual

La prevención tiene la dimensión del comportamiento/prevención. Al reconocer la interconexión entre salud/enfermedad y comportamiento, se hace hincapié en los estilos de vida o estilos de comportamiento, los cuales contribuyen a promover la salud y prevenir la enfermedad. Esta orientación ha llevado a algunos autores a afirmar que “La salud o es salud comportamental o no es nada... si antes se definió la salud en función de la patología, ahora la salud se define en función de la conducta” (Polaino – Lorente, 1987, p. 15).

Los modelos de conducta relacionada con la salud son diversos, el consenso general es el de admitir la importancia del papel de la conducta y las

cogniciones del sujeto no sólo para la salud individual y comunitaria, sino también para la implementación y evaluación de programas de prevención.

Tal vez, muy posiblemente en pocos campos de la psicología preventiva, la medicina preventiva, salud pública o de la prevención en general; sea tan necesario un enfoque cognitivo – conductual como en la práctica de la prevención. Realmente la cuestión en el ámbito teórico es muy sencilla: “o el individuo se comporta de manera saludable, o hace otra cosa”. Pero en cualquier caso, siempre está emitiendo comportamiento.

Cada vez se está poniendo mayor énfasis en los aspectos cognitivos de la salud/enfermedad, tanto en el ámbito individual como sociocomunitario. Es como si dichos conceptos, el estar sano o enfermo, tuviesen la dimensión de lo que individual o socialmente se representa como tal. A escala individual se puede hablar de representación mental de la salud y enfermedad (Skelton y Croyle, 1991; citados por G., Buena, L., Fernández & T., Carrasco, 1997).

Se ha adoptado dicho modelo, el cognitivo – conductual, pues resulta útil tanto a escala teórica como práctica, porque permite incidir de una forma directa los estilos de comportamiento y de pensamiento que los individuos emiten y procesan. En definitiva, los conceptos salud/enfermedad no existen al margen de las cogniciones individuales o colectivas (Buena, Fernández & Carrasco, 1997).

Prevención en la Adolescencia

La prevención en la adolescencia recoge información sobre las variadas formas de estrés que afectan el bienestar físico, psicológico y social del adolescente. Tales medidas se dirigen hacia la prevención y profilaxis de las

condiciones personales y sociales que conducen a la desviación conductual en la adolescencia. Los programas preventivos encaminados a promover los recursos personales, suponen dotar a los adolescentes de un mayor grado de autonomía a la hora de organizar sus condiciones de vida, permitiéndoles, de este modo, contribuir a la mejora de la salud (Bravo, Serrano – García, 1991; citados por G., Buela, L., Fernández & T., Carrasco, 1997).

Para una sensación general de bienestar físico, mental y social es necesario para el adolescente poder satisfacer sus necesidades, definir y llevar a cabo sus expectativas de vida y relacionarse y modificar su ambiente de una manera productiva. Las manifestaciones como agresión, trastornos psicológicos, enfermedades psicosomáticas y otras alteraciones de la salud pueden ser señales de estrés, definido como un estado bio-psico-social de tensión, resultado de una variedad de estresores a los que se enfrentan a diario los adolescentes en la sociedad industrial moderna. Se puede considerar estos elementos como una expresión de los costes psicosociales inherentes a la moderna sociedad industrial (Hurrelmann y Engel, 1989; citados por J., Gonzáles, 2001).

El término estilo de vida expresa la manera en que un individuo interactúa con su propio cuerpo y el ambiente social y material, definiendo así las estrategias de enfrentamiento y afrontamiento de las demandas y desafíos que se presentan durante este proceso. En un sentido social y psicológico, los trastornos de conducta y el deterioro de la salud, que aparecen frecuentemente emparejados, son a menudo expresiones de problemas personales transportados desde un nivel social a un nivel de conducta psicológica y a un

nivel de conducta físico-fisiológico. La conducta agresiva, el consumo de tabaco y alcohol, el abuso de drogas y en general los problemas psicológicos, así como las quejas de origen psicossomático y los deterioros de la salud como el asma, alergias, desórdenes funcionales del organismo, entre otros, pueden ser indicadores de estrés que no puede ser afrontado; remitiéndonos en cualquier caso a las relaciones sociales (Hurrelmann, 1989; citado por F., Méndez & D., Marcía, 1997).

Prevención de la Depresión

Según Muñoz y Ying (1993) (citados por G., Buena, L., Fernández & T., Carrasco, 1997).

para lograr progreso en el campo de la prevención de la depresión se deben tomar en cuenta las siguientes cinco etapas:

1. Definir claramente si se desea prevenir episodios clínicos de depresión o alguna otra variable, como altos niveles de síntomas depresivos. Así se podrá medir el cambio, por ejemplo en la incidencia de nuevos casos de depresión clínica.
2. Especificar el mecanismo de acción que contribuya a la prevención de la depresión, fundamentándose en una teoría sobre la depresión y los factores que puedan tener influencia sobre el estado de ánimo del individuo.
- 3 Identificar los grupos de alto riesgo, los cuales podrían estar definidos en términos de la edad, el hecho de atravesar por un periodo difícil de la vida, padecer alguna enfermedad, entre otros. También es importante medir el número de nuevos casos de depresión que existen en tal grupo para determinar si la intervención preventiva reduce el nuevo número de casos de depresión.

4. Definir el método de intervención, con el propósito de ponerlo en práctica de una forma válida y evaluar si la intervención ha sido aplicada como se lo había planificado y la efectividad de la misma.
5. Diseñar la evaluación de tal forma que se pueda atribuir el cambio a la intervención. La forma más estricta de hacer esta clase de estudio requiere la asignación al azar de los sujetos a uno o varios grupos de intervención, de no-intervención y de intervención de tipo control.

MARCO CONCEPTUAL

Psicología Preventiva

Constituye un campo de investigación-acción interdisciplinario que utiliza los principios teóricos y la tecnología de la intervención actualmente disponible en cualquier disciplina que resulten útiles para la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud física y mental y de la calidad de vida. Considera al ser humano y su contexto sociocomunitario desde una perspectiva ecológica y con una conceptualización integral en su hábitat social y material, como unidad biopsicosocial (Buela, Fernández & Carrasco, 1997).

Depresión

Estado de ánimo caracterizado por tristeza intensa, sentimientos de inutilidad, autodesvalorización, apatía y aislamiento de los demás, que son persistentes y afectan significativamente el desempeño general. Estas características pueden organizarse dentro de cuatro dominios psicológicos: (a) afectivo, cuyos síntomas principales son tristeza, desaliento, aflicción excesiva y prolongada, apatía, sentimientos de inutilidad; (b) cognoscitivo, con síntomas como pesimismo, ideas de culpa, autodesprecio, ideación suicida, pérdida del interés y la motivación, dificultad para concentrarse y tomar decisiones; (c) conductual con síntomas como descuido de la apariencia personal, retardo psicomotor, aislamiento social, disminución de la productividad, conducta suicida, parasuicida, gestos suicidas, entre otros; y (d) fisiológicos como pérdida o aumento de apetito, pérdida o aumento de peso, dificultades de sueño, disminución del impulso sexual (Sue, Sue & Sue, 1996).

Adolescencia

Etapa del desarrollo humano o periodo de transición entre la niñez y la edad adulta; la cual se caracteriza por una serie de cambios a nivel físico, psicológico y social, que se manifiestan en diferente intensidad en cada persona. A lo largo de esta etapa, se experimentan un aumento considerable en el ritmo de crecimiento y de tamaño corporal, se desarrollan características físicas como la fuerza, flexibilidad, velocidad, agilidad, desarrollo de los órganos reproductores, madurez sexual y la aparición de características sexuales secundarias. Los cambios físicos o morfológicos están relacionados directamente con el crecimiento glandular. Los cambios cognoscitivos trascendentes se caracterizan por el desarrollo del pensamiento operacional formal, lo cual le permite al adolescente incurrir en el pensamiento abstracto y al análisis de sus propios procesos de pensamiento. En la adolescencia aumenta en gran medida la importancia del grupo de compañeros de la misma edad, se ajusta a las normas de grupo y busca su aprobación, se busca la independencia del hogar, se consolida el interés heterosexual o por el mismo sexo y las relaciones íntimas (Graig, 1990).

Enfoque cognitivo-conductual

Modelo de intervención que combina las técnicas tradicionales de modificación de conducta con las orientaciones cognitivas. La modificación de conducta se centra fundamentalmente en las condiciones ambientales que desencadenan o mantienen un determinado comportamiento. La importancia de las cogniciones de los sujetos, los pensamientos, valoraciones, atribuciones, entre otros, como determinantes de la conducta ha permitido el desarrollo de

una serie de intervenciones que combinan los dos enfoques teóricos del comportamiento (Rodríguez & Méndez, 1998).

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Tipo de Investigación

La presente investigación tiene un enfoque cuantitativo, debido a que el propósito de la misma es determinar los indicadores de riesgo de depresión antes y después de la implementación del programa, intervienen las variables dependiente, independiente y de control, y la utilización de una prueba psicométrica para la recolección de datos y pruebas estadísticas para la interpretación de la información.

Tipo de Estudio

La investigación es un estudio de tipo explicativo. Según Fernández, Hernández y Baptista (1998), los estudios explicativos van más allá de la descripción de fenómenos o del establecimiento de relaciones entre conceptos; están dirigidos a responder a las causas de eventos físicos o sociales; su interés se centra en explicar por qué ocurre un fenómeno y en qué condiciones se da éste, o por qué dos o más variables están relacionadas. Para efectos de la investigación, el tipo de estudio se constituye como explicativo debido a que analiza la relación entre la variable independiente (programa de prevención primaria cognitivo-conductual) y la variable dependiente (riesgo de desarrollar depresión en adolescentes) y los efectos causales de la primera sobre la segunda.

Tipo de Diseño

Esta investigación utiliza un diseño de experimento verdadero con preprueba, postprueba y grupo control (Hernández, Fernández y Baptista, 1998). Este diseño incorpora la administración de prepruebas a los grupos que

componen el experimento. Los sujetos fueron asignados al azar a los grupos experimental (G1) y control (G2) de manera aleatoria (R). Una vez administrada simultáneamente la preprueba (O1 y O2), un grupo recibió el tratamiento experimental y el otro grupo no; finalmente se les administró de forma simultánea la postprueba (O3 y O4). El grupo experimental se expuso a la variable independiente, programa de prevención primaria cognitivo-conductual, mientras que el grupo control, que no se expuso a la variable independiente fue observado, con el fin de establecer si el grupo que recibió el tratamiento experimental difiere del grupo no expuesto a éste. (ver Tabla 3).

Tabla 4

Diseño con Preprueba, Postprueba y Grupo Control (Hernández, Fernández Y Baptista, 1998).

Grupos	Procedimiento		
R G1	O 1	X	O 3
R G2	O 2	-	O4

Población

La población la constituyen un grupo de estudiantes del colegio Ciudadela Educativa Sur-oriental de la ciudad de San Juan de Pasto.

La unidad de análisis la conforman 250 adolescentes (117 mujeres y 133 hombres) de 14 a 16 años de grado décimo, identificada como la población más vulnerable ante el riesgo de padecer trastorno depresivo.

Sujetos

Los sujetos con quienes se realizó la investigación son 35 adolescentes (17

mujeres y 18 hombres) de 14 a 16 años de grado décimo, elegidos aleatoriamente entre aquellos que se identificaron con alto riesgo de desarrollar depresión, a través de la existencia de indicadores de riesgo como presencia y persistencia (duración e intensidad) de sintomatología depresiva; identificados por medio de la Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos de Radolff (1977). La asignación al grupo control y experimental fue aleatoria.

Para establecer el tamaño óptimo de la muestra y asegurar el teorema de los grandes números, la muestra fue mayor a 30. El muestreo que se realizó con la población fue estratificado según la categoría género.

Variables

La variable dependiente que se maneja en la investigación es el alto riesgo a desarrollar depresión. La variable independiente es el programa de prevención primaria cognitivo-conductual. Las variables control inherentes a la investigación son adolescentes de ambos géneros entre 14 y 16 años. Las investigaciones realizadas muestran que la edad y el género tienen una influencia significativa en la depresión, la incidencia aumenta considerablemente entre las adolescentes de 14 a 18 años (M., Shafii & S., Shafii, 1995). La edad y el género son variables que se controlaron a través de la técnica del bloqueo para formar grupos emparejados.

Instrumento de Recolección de Datos

Para obtener la información que permita identificar a los adolescentes con riesgo de padecer depresión, se utilizó la Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) de Radolff (1977).

La CES-D no es una escala destinada a la evaluación de la severidad de

cuadros depresivos, ni una herramienta diagnóstica, sino un instrumento de tamizaje orientado a la detección de casos, que proporciona indicadores de riesgo de esta enfermedad a través de la expresión de sintomatología depresiva.

Los reactivos quedan agrupados en cuatro apartados: Afecto depresivo (AD) (ítems 3, 6, 9, 10, 14, 17, 18), Dificultades interpersonales (DI) (ítems 15, 19), Falta de afecto positivo (AP) (ítems 4, 8, 12, 16) y Disminución Psicomotora (DP) (ítems 1, 2, 5, 7, 11, 13, 20). El primer factor evalúa aquellas conductas, emociones y pensamientos característicos de la depresión. El segundo factor hace referencia al manejo inadecuado de las relaciones sociales. El tercer factor se refiere a la dificultad para experimentar emociones positivas y el cuarto factor evalúa alteraciones y sintomatología fisiológica de la depresión.

La forma de aplicación es autoadministrada, debiendo seleccionar el participante la respuesta que mejor refleje su situación en la semana previa, acerca de la cantidad de días en que se sintió como lo indica cada uno de los 20 ítems de la escala. El participante cuantifica la frecuencia y/o intensidad de los síntomas utilizando una escala de Likert de cuatro puntos. El puntaje total de la escala es la sumatoria de los puntos de los 20 reactivos, que tiene un rango de 0 a 60. El punto de corte usualmente utilizado es igual o mayor a 16, que representa el percentil 80 para la identificación de casos de depresión en estudios epidemiológicos.

La CES-D ha sido traducido y validado para ser utilizado en nuestro medio por Soler y cols. (1997) y ha sido utilizada en estudios clínicos y comunitarios tanto en Estados Unidos como en otros países. En México, se ha administrado

a jóvenes y adultos de ambos sexos, en poblaciones rurales y urbanas (Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1992). En los estudios realizados se ha encontrado que la CES-D cuenta con las características psicométricas necesarias, de tal manera que puede aplicarse prácticamente a cualquier población, los resultados también indican que esta escala posee una consistencia muy alta y en general las conclusiones de las investigaciones reiteran la utilidad de esta prueba (Anales de Psicología, 1999).

La consistencia interna de la escala es notable, obteniendo valores elevados del alfa de Crombach tanto en muestras poblacionales (en torno a 0.85) como en muestras clínicas (0.90). En el análisis del valor de alfa, ítem por ítem, la escala se comporta de forma homogénea y no aparecen ítems irrelevantes. La fiabilidad test- retest, con intervalos entre dos y ocho semanas, es moderada ($r = 0.51 - 0.67$) (Radolff, 1977).

La correlación con otros instrumentos de valoración global de la depresión es entre moderada y alta. En el estudio de validación de la versión en castellano, realizado en una muestra de pacientes con trastornos afectivos, la CES-D obtuvo un coeficiente de correlación (r) de 0.89 con el Inventario de Depresión de Beck y de 0.69 con la Escala de Depresión de Hamilton (Soler y cols., 1997).

Procedimiento

Inicialmente se realizó una breve presentación de la naturaleza y contenido del programa dirigida a los estudiantes de grado décimo de la Institución Educativa Ciudadela de Pasto, posteriormente se realizó la publicidad y promoción del programa por medio de carteleras con mensajes alusivos al

estado de ánimo y al bienestar emocional. Se aplicó la Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos (Radolff, 1977) a todos los estudiantes de grado décimo para después seleccionar a aquellos participantes que presentaron indicadores de riesgo como frecuencia, duración e intensidad de síntomas depresivos, los cuales conformaron los grupos control y experimental. Por último se realizó la inscripción al programa por medio de invitaciones personales dirigidas a aquellos estudiantes que conformaron el grupo experimental.

Se excluyeron del programa aquellos sujetos que obtuvieron puntajes iguales o mayores a 16, los cuales se identificaron como posibles casos clínicos de depresión y se sugirió evaluación personalizada (32 estudiantes). Posteriormente se aplicó el programa de prevención primaria cognitivo-conductual sobre el riesgo de padecer depresión en adolescentes (ver Anexo A), con el grupo experimental y una vez finalizado el programa se aplicó de forma simultánea a los dos grupos la postprueba, para determinar los indicadores de riesgo de depresión posteriores a la aplicación del programa.

Plan de Análisis de Datos

Para analizar los datos obtenidos se utilizó la prueba estadística t de Student, con la cual se evaluó si los grupos que participaron en la investigación difieren entre sí de manera significativa respecto a sus medias.

Se compararon los resultados obtenidos en la Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos anteriores al programa, con los resultados posteriores a éste, encontrados en los grupos control y experimental. Para el procesamiento de la información se utilizó el programa estadístico Stat Graphics Plus 3.1.

Hipótesis

Hipótesis de Trabajo

El riesgo de desarrollar depresión en el grupo experimental después del programa es menor que en el grupo control.

Hipótesis Nula

El riesgo de padecer depresión en el grupo experimental después del programa es igual o mayor que en el grupo control.

Hipótesis Estadísticas

Primera Hipótesis de Trabajo

La medición en la postprueba de los indicadores de riesgo de desarrollar depresión del grupo experimental es significativamente menor que en el grupo control después de la implementación del programa.

Primera Hipótesis Nula

La medición en la postprueba de los indicadores de riesgo de desarrollar depresión del grupo experimental es significativamente mayor o igual que en el grupo control después de la implementación del programa.

Segunda Hipótesis de Trabajo

La medición en la postprueba de los indicadores de riesgo de desarrollar depresión del grupo experimental es significativamente menor a la medición en la preprueba.

Segunda Hipótesis Nula

La medición en la postprueba de los indicadores de riesgo de desarrollar depresión del grupo experimental es significativamente mayor o igual a la medición en la preprueba.

RESULTADOS

Se realizó una comparación de los grupos en las puntuaciones de la Escala de la Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos CES-D, entre la preprueba y postprueba del grupo experimental, las postpruebas del grupo experimental y el grupo control y la preprueba y postprueba del grupo control. Se determinaron las comparaciones de los factores del CES-D teniendo en cuenta tanto la preprueba y postprueba del grupo experimental femenino y masculino como del grupo control femenino y masculino y se comparó las postpruebas del grupo experimental femenino y masculino y del grupo control femenino y masculino.

Para realizar este análisis se promediaron las puntuaciones de los sujetos en cada uno de los cuatro factores de la prueba, los cuales se agruparon teniendo en cuenta el género, mujeres ($n = 17$) y hombres ($n = 18$), y los factores Afecto Depresivo (AD), Dificultades Interpersonales (DI), Falta de Afecto Positivo (AP) y Disminución Psicomotora (DP).

En la investigación se determinó que existen diferencias significativas entre el grupo control y el grupo experimental después de la aplicación del programa y las puntuaciones iniciales y finales del grupo experimental y del grupo control (ver Tabla 5).

Tabla 5.

Comparación de los Grupos en las Puntuaciones del CES-D

T calculado y probabilidad					
Comparaciones Grupos	M	S	T	P	Significatividad
Grupo Experimental Pre	52	1,06	8,463	p<0,005	Hay Diferencia Significativa
Grupo Experimental Post	47	3,28			
Grupo Control Pre	52	1,3	3,515	p<0,005	Hay Diferencia Significativa
Grupo Control Post	55	4,19			
Grupo Experimental Post	47	3,28	7,617	p<0,005	Hay Diferencia Significativa
Grupo Control Post	55	4,19			

Nota. Comparaciones realizadas a partir de puntuaciones T. Grados de libertad=34.

En cuanto a la comparación del grupo experimental femenino en la preprueba y postprueba, las mediciones muestran diferencias significativas ($p<0.005$), siendo la media de la postprueba ($M= 45.77$) menor que la media de la preprueba ($M= 51.61$). La comparación de la postprueba de este grupo con la postprueba del grupo control, muestra que existe diferencia significativa entre los grupos ($p< 0.005$), ya que la media de los sujetos del grupo experimental ($M= 45.77$) es menor que la media del grupo control ($M= 54.07$). Los resultados de la preprueba y postprueba al interior del grupo control femenino no muestran un cambio importante al comparar las mediciones iniciales y las posteriores,

teniendo en cuenta que la media de la postprueba ($M= 54.07$) no difiere significativamente de la media de la preprueba ($M= 51.60$).

En la comparación del grupo experimental masculino en la preprueba y postprueba, las mediciones muestran diferencias significativas ($p<0.005$), siendo la media de la postprueba ($M= 47.77$) menor que la media de la preprueba ($M= 51.83$). La comparación de la postprueba experimental con la postprueba del grupo control, muestra que existe diferencia significativa entre los grupos ($p< 0.005$), ya que la media de los sujetos del grupo experimental ($M= 47.77$) es menor que la media del grupo control ($M= 55.02$). Finalmente los resultados entre la preprueba y postprueba del grupo control masculino no indican un cambio significativo al observar que la media de la postprueba ($M= 55.02$) no difiere en mayor medida de la media de la preprueba ($M= 53.91$).

Análisis por factores de la preprueba y postprueba en el grupo experimental femenino.

Al realizar el análisis de resultados de la preprueba y postprueba en el grupo experimental femenino se encontró que las puntuaciones de los sujetos en el CES-D disminuyeron de manera significativa en todos los factores ($p< 0.005$) después de la aplicación del programa de prevención de la depresión. El factor 1 Afecto Depresivo (AD) muestra una diferencia significativa ($p< 0.005$); en el factor 2 Dificultades Interpersonales (DI) la diferencia también es significativa ($p< 0.005$); en el factor 3 Falta de Afecto Positivo (AP) la diferencia es significativa, aunque menor en comparación con los anteriores factores ($p<0.025$) y en el factor 4 (DP) también se encuentra diferencia significativa ($p<0.005$). (ver Tabla 6).

Tabla 6.

Diferencia del grupo experimental femenino en pre y postprueba en sus factores

Cruces de Grupos	Grupo Experimental						Significatividad
	Pre			Post			
Factores CES-D	M1	M2	S1	S2	T	P	
Factor 1 Afecto Depresivo	52.3	45.2	2.95	1.66	8.548	P<0.005	Hay diferencia Significativa
Factor 2 Dificultades Interpersonales	50.4	43.2	8.07	1.21	3.488	P<0.005	Hay diferencia Significativa
Factor 3 Falta de Afecto Positivo	50.4	46.2	3.38	4.77	2.319	p<0.025	Hay diferencia Significativa
Factor 4 Disminución Psicomotora	53.1	48.2	5	3.6	3.655	p<0.005	Hay diferencia Significativa

Nota. M1= Media grupo experimental pre; M2= Media grupo experimental post; grados de libertad = 16. Comparaciones realizadas a partir de puntuaciones T.

Análisis por factores de los grupos experimental femenino y control en sus postpruebas

Las puntuaciones de la escala CES-D de las mujeres en el grupo experimental y control posteriores a la aplicación del programa, muestran que existen diferencias significativas en el factor 1 Afecto Depresivo (AD) ($p < 0.005$); en el factor 2 Dificultades Interpersonales (DI) la diferencia también es significativa ($p < 0.005$); al igual que en el factor 3 Falta de Afecto Positivo (AP) la diferencia es significativa, ($p < 0.005$). Excepto en el factor 4 (DP) que no

presenta una diferencia significativa ($p > 0.05$). (ver Tabla 5).

Tabla 7.

Diferencias pos factores de los grupos experimental y control femenino en sus postpruebas

Cruces de Grupos	Grupo Experimental Post						Significatividad
	Grupo Control Post						
Factores CES-D	M1	M2	S1	S2	T	P	
Factor 1 Afecto Depresivo	45.2	53.8	1.66	5.69	5.869	$p < 0.005$	Hay diferencia Significativa
Factor 2 Dificultades Interpersonales	43.2	52.0	1.21	8.54	4.116	$p < 0.005$	Hay diferencia Significativa
Factor 3 Falta de Afecto Positivo	46.2	57.2	4.77	12.9	3.472	$p < 0.005$	Hay diferencia Significativa
Factor 4 Disminución Psicomotora	48.2	53.1	3.6	4.84	1.205	$p > 0.05$	No hay diferencia Significativa

Nota. M1= Media grupo experimental post; M2= Media grupo control post; grados de libertad= 16. Comparaciones realizadas a partir de puntuaciones T.

Análisis por factores del grupo control femenino en la pre y postprueba

Los resultados de la pre y postprueba del CES-D en el grupo control indican que en el factor 3 Falta de afecto positivo (AP) ($p < 0.05$) y en el factor 4 Disminución psicomotora (DP) ($p < 0.025$) se presentó un cambio entre las mediciones iniciales y posteriores. En los factores 1 Afecto depresivo y 2 Dificultades interpersonales no hay diferencias significativas ($p > 0.05$) (ver Tabla 8).

Tabla 8.

Diferencia del grupo control femenino en pre y postprueba en sus factores

Cruces de Grupos	Grupo Control						Significatividad
	Pre	Post					
Factores CES-D	M1	M2	S1	S2	T	P	
	Factor 1 Afecto Depresivo	51.5	53.2	2.94	5.69	1.37	p>0.05
Factor 2 Dificultades Interpersonales	53.2	52.0	8.45	8.54	0.595	p>0.05	No hay diferencia Significativa
Factor 3 Falta de Afecto Positivo	53.9	57.2	6.73	12.9	1.863	p<0.05	Hay diferencia Significativa
Factor 4 Disminución Psicomotora	49.5	53.1	3.73	4.84	2.253	p<0.025	Hay diferencia Significativa

Nota. M1= Media grupo control pre; M2= Media grupo control post; grados de libertad= 16. Comparaciones realizadas a partir de puntuaciones T.

Análisis por factores de la preprueba y postprueba en el grupo experimental masculino

Se encontró que las puntuaciones de los sujetos en el CES-D disminuyeron de manera significativa en los factores 1 Afecto Depresivo (AD) ($p < 0.005$); en el factor 2 Dificultades Interpersonales (DI) ($p < 0.01$) y en el factor 4 Disminución psicomotora (DP) también se encuentra diferencia significativa ($p < 0.005$). Por otro lado, en el factor 3 Falta de Afecto Positivo (AP) la diferencia no es significativa ($p > 0.05$) (ver Tabla 9).

Tabla 9.

Diferencia del grupo experimental masculino en pre y postprueba en sus factores

Cruces de Grupos	Grupo Experimental						Significatividad
	Pre			Post			
Factores CES-D	M1	M2	S1	S2	T	P	
Factor 1 Afecto Depresivo	53.1	47.6	3.9	4.06	4.26	p<0.005	Hay diferencia Significativa
Factor 2 Dificultades Interpersonales	48.6	48.8	5.14	3.13	2.567	p<0.01	Hay diferencia Significativa
Factor 3 Falta de Afecto Positivo	51.2	48.8	4.5	5.66	1.283	p>0.05	No hay diferencia Significativa
Factor 4 Disminución Psicomotora	54.2	49.6	3.93	4.75	3.533	p<0.005	Hay diferencia Significativa

Nota. M1= Media grupo experimental pre; M2= Media grupo experimental post; grados de libertad= 17. Comparaciones realizadas a partir de puntuaciones T.

Análisis por factores de los grupos experimental masculino y control en sus postpruebas

Las puntuaciones en el grupo experimental y control masculino posteriores a la aplicación del programa, muestran que existen diferencias significativas en los factores 1 Afecto Depresivo (AD) ($p < 0.005$); en el factor 2 Dificultades Interpersonales (DI) la diferencia también es significativa ($p < 0.005$); al igual que en el factor 3 Falta de Afecto Positivo (AP) la diferencia es significativa,

($p < 0.005$). En el factor 4 (DP) no se encontró diferencia significativa ($p > 0.05$). (ver Tabla 10).

Tabla 10.

Diferencias pos factores de los grupos experimental y control masculino en sus postpruebas

Cruces de Grupos	Grupo Experimental Post						Significatividad
	Grupo Control Post						
Factores CES-D	M1	M2	S1	S2	T	P	
Factor 1 Afecto Depresivo	47.6	57.9	4.06	6.32	5.916	$p < 0.005$	Hay diferencia Significativa
Factor 2 Dificultades Interpersonales	44.8	55.1	3.13	10.0	3.797	$p < 0.005$	Hay diferencia Significativa
Factor 3 Falta de Afecto Positivo	48.8	56.2	5.66	8.17	3.317	$p < 0.005$	Hay diferencia Significativa
Factor 4 Disminución Psicomotora	49.6	50.7	4.75	4.05	0.756	$p > 0.05$	No hay diferencia Significativa

Nota. M1= Media grupo experimental post; M2= Media grupo control post; grados de libertad= 17. Comparaciones realizadas a partir de puntuaciones T.

Análisis por factores del grupo control masculino en la pre y postprueba

Los resultados de la pre y postprueba en el grupo control masculino indican que en el factor 1 Afecto depresivo (AD) se encontró diferencia significativa ($p < 0.005$). En los factores 2 Dificultades interpersonales (DI) ($p > 0.05$), 3 Falta

de afecto positivo (AP) ($p>0.05$) y en el factor 4 Disminución psicomotora (DP) ($p>0.05$) no hay diferencias significativas (ver Tabla 11).

Tabla 11.

Diferencia del grupo control masculino en pre y postprueba en sus factores

Cruces de Grupos	Grupo Control						Significatividad
	Pre	Post	S1	S2	T	p	
Factores CES-D							
Factor 1 Afecto Depresivo	51.3	57.9	2.97	6.32	4.283	$p<0.005$	Hay diferencia Significativa
Factor 2 Dificultades Interpersonales	59.3	55.1	11.9	10.0	0.982	$p>0.05$	No hay diferencia Significativa
Factor 3 Falta de Afecto Positivo	55.0	56.2	6.47	8.17	0.575	$p>0.05$	No hay diferencia Significativa
Factor 4 Disminución Psicomotora	49.9	50.7	5.16	4.05	0.622	$p>0.05$	No hay diferencia Significativa

Nota. M1= Media grupo control pre; M2= Media grupo control post; grados de libertad= 17. Comparaciones realizadas a partir de puntuaciones T.

DISCUSIÓN

El análisis de resultados de esta investigación, muestra de manera general que el programa de prevención sobre el riesgo de desarrollar depresión en adolescentes disminuye las puntuaciones que indican riesgo de desarrollar depresión al comparar los resultados de la preprueba y la postprueba en el grupo experimental, la preprueba y postprueba del grupo control y las postpruebas del grupo experimental y control. En las puntuaciones de preprueba y postprueba del grupo experimental, preprueba y postprueba del grupo control y postpruebas del grupo experimental y control se encontraron diferencias significativas (ver Tabla 5).

Por lo tanto el programa de prevención demuestra su efectividad, lo cual permite aceptar la hipótesis de trabajo, ya que el riesgo de desarrollar depresión en el grupo experimental después de la implementación del programa es menor que en el grupo control, y se rechaza la hipótesis nula. La medición en la postprueba de los indicadores de riesgo de desarrollar depresión en el grupo experimental es significativamente menor que en el grupo control después de la implementación del programa. De la misma manera, la medición en la postprueba de los indicadores de riesgo de desarrollar depresión en el grupo experimental es significativamente menor a la medición en la preprueba.

Finalmente, al comparar las puntuaciones de la preprueba y la postprueba del grupo control se encontró diferencia significativa al interior de este grupo, la medición en la postprueba es significativamente mayor a la medición en la preprueba, es decir que los puntajes que indican riesgo de desarrollar depresión en el grupo control aumentaron en comparación con su preprueba, lo cual

puede indicar mayor tendencia a desarrollar depresión en este grupo al no aplicarse ninguna medida preventiva.

Análisis por factores del CES-D según género

Después de la aplicación del programa de prevención se disminuyó el riesgo de desarrollar depresión en adolescentes de ambos géneros pertenecientes al grupo experimental. Esto demuestra la efectividad del programa en los factores Afecto depresivo, Dificultades interpersonales, Falta de afecto positivo y Disminución psicomotora, debido a la implementación de técnicas y herramientas cognitivo conductuales que incorpora el programa.

Con respecto al grupo experimental femenino en la preprueba y postprueba se encontró cambios significativos en todos los factores del CES-D (ver Tabla 6).

Por su parte, la comparación de la preprueba y postprueba del grupo experimental masculino muestra diferencias significativas en el factor 1 Afecto depresivo, factor 2 Dificultades interpersonales y factor 4 Disminución psicomotora. En el factor 3 Falta de afecto positivo, no existe diferencia significativa (ver Tabla 9).

Estos resultados muestran gran similitud entre los grupos masculino y femenino experimental al comparar los puntajes del factor 1 Afecto depresivo y el factor 2 Dificultades interpersonales, lo cual demuestra la efectividad de las estrategias cognitivas y conductuales utilizadas en el programa con el fin de disminuir pensamientos irracionales, emociones y comportamientos disfuncionales característicos de la depresión. Además, la inclusión de ejercicios básicos de entrenamiento asertivo, debate de ideas irracionales

acerca de las relaciones interpersonales, el entrenamiento básico en habilidades sociales y los ejercicios de ensayo en las sesiones y las tareas para la casa contribuyeron al manejo adecuado y funcional de las relaciones sociales.

En el factor 3 Falta de afecto positivo se demuestra que la combinación de métodos cognitivos y conductuales incrementó el afecto positivo en los participantes del programa de género femenino. En los participantes del grupo masculino no se presentó un cambio importante en este factor, por lo tanto el programa no tuvo un efecto positivo con respecto a este componente en el estado de ánimo. Al respecto, es necesario destacar que las mujeres se mostraron más receptivas durante las sesiones y presentaron mayor adherencia en la realización de los ejercicios y tareas que se plantearon en el programa. Por su parte, los hombres mostraron cierto grado de resistencia en la realización de los ejercicios, el cumplimiento de las tareas para la casa y en general a realizar actividades que involucren expresión emocional. Esto puede explicarse a partir de la influencia de características culturales que inhiben ciertas respuestas emocionales y comportamentales en los hombres; en este sentido, sería importante buscar alternativas que tengan en cuenta las diferencias de género en el manejo de las sesiones.

En cuanto al factor 1 Afecto depresivo, la aplicación del programa demuestra disminución en los indicadores de riesgo de desarrollar depresión debido a la utilización de técnicas principalmente cognitivas y conductuales y a la incorporación de estrategias como la psicoeducación y la autoobservación, que

según Latorre y Beneit (1994), se constituyen como un primer paso en la modificación de conductas de salud.

Teniendo en cuenta que el enfoque cognitivo conductual destaca el papel de los procesos cognitivos en el desarrollo, mantenimiento y modificación de la conducta y a su vez, explica el desarrollo de procesos cognitivos desadaptativos a través de técnicas de reestructuración cognitiva encaminadas a identificar y modificar las cogniciones disfuncionales y minimizar sus efectos negativos sobre la conducta y las emociones; se utilizó en el programa técnicas cognitivas que contribuyeron de manera significativa a modificar el estilo de interpretación o valoración subjetiva de los participantes con respecto a su realidad cotidiana. Además de la efectividad de las técnicas de debate cognitivo de Ellis y de los diarios personales de Beck, el programa de prevención se apoyó en las explicaciones teóricas sobre la depresión del modelo ABC de Ellis (1962) o el de la relación pensamiento, afecto y conducta de Beck (1976), y en la utilización autorregistros, ejercicios de autoobservación, autoevaluación, autocuestionamiento y autocontrol, con el fin de desarrollar estas habilidades durante las sesiones y como parte de tareas para la casa. Dentro del programa se destaca que las estrategias cognitivas empleadas resultaron eficaces debido a la metodología esencialmente práctica del programa que permitió que se adapte la teoría a la cotidianidad de los participantes, debido a que frecuentemente los ejercicios fueron diseñados y aplicados a sus problemas reales. Los participantes mostraron interés acerca de la explicación teórica de los pensamientos y su efecto sobre las emociones,

la conducta y el estado de ánimo. Esto generó un mayor impacto del programa en este aspecto.

Desde los modelos psicológicos cognitivos se enfatiza la influencia de las estructuras, procesos y eventos cognitivos en los problemas emocionales. Teniendo en cuenta esta orientación, el programa tiene como eje teórico el paradigma ABC, en el que se establece el principio básico de que las cogniciones median y son centrales en la génesis y mejora de las manifestaciones emocionales, conductuales e interpersonales de la depresión (Ellis, 1962). Sumado a esto, el enfoque de Beck hace énfasis en la existencia de un esquema cognitivo específico para la depresión caracterizado por su rigidez y absolutismo que ocasionan vulnerabilidad a desarrollar depresión y a perpetuar el estado depresivo ante sucesos o eventos de pérdida y fracaso (Beck, 1987). Por lo tanto, el programa contrarrestó los efectos emocionales negativos producto de esquemas rígidos y absolutistas, utilizando principalmente el debate cognitivo de ideas irracionales (Ellis, 1962) y los diarios de significados personales (Beck y Freeman, 1997). La eficacia del aprendizaje de estas técnicas se explica a partir de la incorporación de ejercicios lúdicos, como en el caso del debate donde se planteó temas generales para ser debatidos entre los participantes, que paulatinamente adquirieron características personales hasta lograr que los participantes puedan debatir sus propias ideas irracionales.

Por lo anterior, se considera que la incorporación de técnicas cognitivas propuestas por Ellis y Beck, muestran su efectividad en el tratamiento de la

depresión, teniendo en cuenta que su aporte teórico práctico puede ser ajustado al modelo de prevención primaria para la depresión en adolescentes.

Lo anterior tuvo un efecto positivo en la disminución de indicadores de afecto depresivo, cuyo contenido es básicamente cognitivo y emocional. Además, este modelo permite un trabajo de psicoterapia orientada hacia el presente, de tiempo limitado, activo, estructurado, psicoeducacional y dinámico; que ofrece resultados efectivos (Pédinielli, 1994).

El factor 2 Dificultades interpersonales está directamente relacionado con el aspecto cognitivo y emocional, que se manifiesta como un déficit de conductas o habilidades para el afrontamiento de situaciones sociales, afectando las relaciones interpersonales. En este factor se presentaron cambios significativos al disminuir las puntuaciones en el grupo experimental debido a la incorporación de métodos conductuales como el entrenamiento asertivo y las habilidades sociales básicas, cuyo aprendizaje fue reforzado por actividades de rol playing, modelado, ensayo de conducta y asignación de tareas. Es importante resaltar un aspecto adicional al entrenamiento asertivo que se incorporó en el programa y que consiste en detectar los significados personales que inhiben las habilidades sociales, ya que a menudo la falta de asertividad proviene de pensamientos irracionales, de reacciones emocionales por exceso y por defecto y de patrones de comportamiento habitualmente disfuncionales (Lega, Caballo & Ellis, 1997). En este aspecto, los significados personales de los participantes contribuyeron en el diseño de los ejercicios durante las sesiones y en las tareas para la casa. En estas actividades se manifestaron sentimientos de temor y vergüenza al realizar los ejercicios en ambos grupos, principalmente en los

hombres, quienes mostraron mayor reticencia en tareas relacionadas con la expresión emocional; por lo tanto el programa debe incorporar estrategias que tengan en cuenta este aspecto.

Retomando lo anterior, se debe tener en cuenta que las terapias cognitivas utilizan a menudo métodos conductuales para contrarrestar los significados personales de los sujetos (Rodríguez & Méndez, 1998). En el programa, se pudo corroborar la efectividad de estas técnicas, a través de la modificación de significados personales, creencias irracionales o interpretaciones disfuncionales relacionadas con actividades conductuales (Martín, 1998), como por ejemplo en la utilización de diarios de actividades de dominio y agrado en los participantes con generalización de pérdida de placer. Esta técnica resultó efectiva en el programa al contribuir en la reducción del afecto depresivo, ya que los efectos emocionales que se obtienen tras la ejecución de una conducta reforzada positivamente son adecuados para conformar repertorios de conductas funcionales como hábitos de estudio, deportes, hobbies, entre otras; debido a sus efectos positivos a largo plazo estas conductas garantizan cierta inmunidad contra la aparición de respuestas denominadas depresivas (Rodríguez & Méndez, 1998). Además, el entrenamiento en estas habilidades de conducta en la terapia cognitiva, no solo conlleva al manejo de situaciones adversas o problemas concretos, como por ejemplo el déficit de habilidades sociales, sino que también está dirigido a explorar nuevos significados alternativos o a modificar creencias y pensamientos distorsionados que imposibilitan el adecuado funcionamiento y adaptabilidad de las personas.

En cuanto al grupo control femenino y masculino, al comparar la preprueba y postprueba se establece que las puntuaciones aumentaron en la medición posterior al programa en el factor 3 Falta de afecto positivo y factor 4 Disminución psicomotora en las mujeres y en los hombres las puntuaciones aumentaron en el factor 1 Afecto depresivo.

En la comparación entre las postpruebas del grupo experimental y del grupo control, tanto en hombres como en mujeres se presentó cambios significativos en todos los factores del CES-D, demostrando que las puntuaciones posteriores a la aplicación del programa aumentaron considerablemente en el grupo control. Excepto en el factor 4 Disminución psicomotora, en el cual las puntuaciones se mantuvieron iguales. Los datos anteriores pueden indicar que la no aplicación de medidas preventivas oportunas en poblaciones vulnerables aumenta o mantiene el riesgo de desarrollar depresión (Buela, Carrasco & Fernández, 1997).

Finalmente, la presente investigación permite concluir que las técnicas y estrategias cognitivo conductuales que se constituyeron en la base para disminuir el riesgo de desarrollar depresión en adolescentes, brindan elementos que permiten incrementar las destrezas de las personas para que puedan manejar con mayor efectividad las exigencias del medio y las situaciones adversas y por lo tanto, tengan un mayor control y autoeficacia.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Después de comprobar la efectividad del programa de prevención al reducir los indicadores de riesgo para desarrollar depresión, se considera necesario realizar algunas modificaciones y ajustes con el fin de mejorar el efecto del programa en todos los factores del CES-D. En primer lugar resulta importante la incorporación de técnicas encaminadas a reducir la sintomatología somática de la depresión, teniendo en cuenta que la intervención en este aspecto permite a los sujetos aprender mecanismos fisiológicos y psicológicos para afrontar de manera adecuada las situaciones adversas de la vida cotidiana.

En segundo lugar es de vital importancia ampliar el número de sesiones en reestructuración cognitiva con el fin de mejorar el efecto del programa en este aspecto, teniendo en cuenta que uno de los objetivos centrales de este tipo de intervención es el de modificar los esquemas cognitivos distorsionados para generar cambios en los comportamientos e instaurar hábitos adecuados. De la misma manera, el programa puede mejorar aun más su efectividad si se incorporan sesiones de capacitación dirigidas a los padres de los asistentes sobre educación emocional preventiva, como por ejemplo a través de escuela de padres.

Es necesario tener en cuenta que la aplicación del programa debe realizarse en otras poblaciones para comprobar su efectividad y generalizar resultados. Así mismo se recomienda ajustar el programa a las características evolutivas de la población a la que se dirija.

Se considera importante la creación, estandarización y validación de otros instrumentos de medición que permitan detectar factores de riesgo sobre

depresión y otros trastornos psicológicos en nuestro medio y que se puedan aplicar a diversas poblaciones y a diferentes rangos de edad, con el fin de que se constituyan en la base para la creación de programas de prevención eficaces, que disminuyan la incidencia de trastornos que afectan la salud mental.

Se recomienda la realización de investigaciones interdisciplinarias que integren aspectos sociológicos y psicológicos, en la evaluación de poblaciones vulnerables con el fin de diseñar y desarrollar programas de prevención primaria basados en las características específicas de dichas poblaciones.

El programa de prevención puede complementarse con redes de apoyo social y con la organización y capacitación de personas pertenecientes a las poblaciones, en estrategias preventivas para que actúen como multiplicadores de dichos conocimientos y como agentes identificadores de riesgo o existencia de depresión.

También es importante mencionar que el programa de prevención para la depresión puede ser implementado por las unidades de psicología y por los departamentos de salud comunitaria de las diferentes instituciones de San Juan de Pasto.

REFERENCIAS

American Psiquiatric Asociation – APA (1994). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM IV. Barcelona: Masson, S.A.

Beck, A. (1976). Terapia cognitiva y enfermedades emocionales. New York: International Universities Press.

Beck, A. (1976). La Terapia cognitiva [Online] www.Psicología-online.com [2003, 30 de Octubre]

Beck, A. & Greenberg, R. (2002). Enfrentarse a la depresión [Online] www.avisora.com [2004, 10 de Enero]

Belloch, A., Sandín, B. & Ramos, F. (1995). Manual de psicopatología. Bogotá: Mc. Graw Hill.

Buela, G., Carrasco, T., & Fernández, L. (1997). Psicología preventiva. Madrid: Pirámide.

Caballo, V. (1991). Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. (1ª Ed.) España: Siglo Veintiuno.

Calderón, G. (1996). Depresión, causas, manifestaciones y tratamiento. Barcelona: Labor.

Carnwath, T. & Miller, D. (1989). Psicoterapia conductual en atención primaria. Barcelona: Martínez Roca.

Casullo, M. (1998). Adolescentes en riesgo. Brasil: Paidós.

Cobo, C. (1993). La depresión infantil del nacimiento a la adolescencia. Bogotá: Temas de Hoy.

Curby, Yost, Beutler y Allende. (1991). Aplicación de las técnicas cognitivas y de comportamiento en grupo. Madrid: Labor.

Davis, M., McKay, M. & Eshelman, E. (1996). Técnicas de autocontrol emocional. Barcelona: Martínez Roca.

Fernández, A. (1988). La depresión y su diagnóstico, nuevo modelo clínico. Barcelona: Labor.

Gavino, A. (1997). Técnicas de la terapia de la conducta. Barcelona: Martínez Roca.

Graig, G. (1991). Desarrollo psicológico. Prentice Hall.

González, J. (2001). Psicopatología de la adolescencia. México: Manual Moderno

Gómez, C., Hernández, G., Rojas, A., Santacruz, H. & Uribe, M. (2002). Fundamentos de psiquiatría clínica. Colombia: Editores Académicos

Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, L. (1998). Metodología de la investigación. (2°_Ed.) México: Mc Graw-Hill.

Latorre, J. & Beneit, J. (1994). Psicología de la salud. Argentina: Lumen.

Lega, L., Caballo, V. & Ellis, A. (1997). Teoría y practica de la terapia racional emotiva conductual. España: Siglo XXI.

León, O. & Montero I. (1998). Diseño de Investigaciones. Madrid: Mc Graw-Hill.

Martin, G. (1998). Modificación de conducta. Madrid: Prentice Hall.

Méndez, F. & Marcía, D. (1997). Modificación de conducta con niños y adolescentes. Madrid: Pirámide S.A.

Méndez, F. & Marcía, D. (1997). Aplicaciones clínicas de la evaluación y modificación de conducta. Madrid: Pirámide S.A.

Radolff, LS & Locke, Z. (2000). Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). Washington D.C: American Psiquyatric Association.

Rimm, C. & Masters, J. (1984). Terapia de la conducta. Técnicas y hallazgos empíricos. México: Trillas.

Riso, W. (1992). Depresión: Avances recientes de la cognición y procesamiento de la información. Medellín: Gráficas Ltda.

Rodríguez O. & Méndez F. (1998). Técnicas de modificación de conducta. Madrid: Biblioteca Nueva.

Pédinielli, L. (1994). Introducción a la psicología clínica. Madrid: Biblioteca Nueva.

Salinas, J. (2001). La aplicación de técnicas cognitivo conductuales para el tratamiento de la depresión [Online] www.Psicología.com [2004, 30 de Marzo]

Semeari, A. (2002). Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva. Barcelona: Paidós.

Simon, M. (1999). Manual de psicología de la salud. Madrid: Biblioteca Nueva.

Shaffi, M. & Shaffi, S. (1992). Depresión en niños y adolescentes. España: Serie Clínica.

Sue, D., Sue D., & Sue, S. (1996). Comportamiento anormal. (4 Ed.) México: Mc Graw-Hill.

ANEXOS

ANEXO A

**MANUAL DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN PRIMARIA COGNITIVO-
CONDUCTUAL SOBRE EL RIESGO DE DESARROLLAR DEPRESIÓN**

Presentación

El presente programa de prevención primaria cognitivo-conductual está diseñado para disminuir el alto riesgo de desarrollar depresión en adolescentes.

El eje teórico del programa retoma aspectos del Modelo de Creencias en Salud, el Modelo ABC de Ellis, el Modelo Cognitivo de Beck y algunas técnicas conductuales utilizadas en el tratamiento de la depresión.

Teniendo en cuenta que El Modelo de Creencias en Salud de Rosenstock (1966), es uno de los modelos más utilizados para explicar por qué las personas ponen en practica determinadas conductas de salud; este modelo plantea que la percepción de amenazas sobre la propia salud y la creencia de los individuos sobre la posibilidad de reducir esas amenazas, son los factores que determinan la conducta de salud. El programa se diseñó desde esta perspectiva, con el fin de modificar las conductas de salud a través del cambio de las creencias en salud. Dado que las creencias constituyen uno de los factores determinantes de los hábitos de salud, las intervenciones orientadas a la reestructuración cognitiva de los pensamientos, imágenes y monólogos internos que, según Michenbaum (1977) (citado por Beneit, 1994), constituyen un factor importante de control sobre la conducta, y esto puede resultar una contribución significativa a la modificación de conductas de salud (Beneit,

1994). Las intervenciones cognitivas, introducidas inicialmente por Ellis (1962) y Beck (1976), se han incorporado en la actualidad a muchos programas de modificación conductual, y más específicamente, a los aplicados en el ámbito de la salud.

En segundo lugar se tiene como base algunos aspectos planteados en la modificación de conductas de salud, que conjuga los elementos más activos y aplicables de la terapia de Lazarus (1983), y de otras terapias cognitivo-conductuales; que según Beneit (1994), la aplicación más efectiva de estas técnicas está establecida por los programas de intervención que combinan varias de ellas.

El programa se implementó en tres etapas: (a) sensibilización, (b) auto-observación y psicoeducación, y (c) estrategias cognitivo-conductuales de modificación de conductas; consta de 12 sesiones, con una duración de una hora y treinta minutos cada una. En las sesiones se agrupa un conjunto de temáticas que ofrecen conocimientos y técnicas para prevenir la depresión, cada tema a su vez incluye diferentes componentes o herramientas metodológicas que ofrecen un apoyo útil para el desarrollo de las sesiones, tales como:

1. El relato o historia sobre depresión que facilitará la comprensión de conceptos claves planteados a lo largo del programa y que muestran su relación con la vida cotidiana.
2. El tema que se abordará con una explicación clara y detallada de múltiples conceptos y planteamientos solidamente elaborados sobre depresión desde el enfoque cognitivo – conductual.

3. Los ejercicios durante las sesiones y las tareas para la casa constituyen una serie de aplicaciones concretas y guías para desarrollar personalmente lo expuesto en el tema.

4. La retroalimentación que se constituye en un esquema en el que se presentan las ideas principales planteadas en la temática, es un auxilio didáctico muy importante para facilitar el uso y comprensión del aprendizaje adquirido en las sesiones y permite aplicar los conocimientos a la dinámica cotidiana. Además, permite obtener información de los participantes sobre los aspectos que más les gustó, qué fue lo que encontraron más práctico y que pensaron que no fue beneficioso durante las sesiones.

Los participantes fueron 35 estudiantes entre 14 y 16 años de grado décimo del colegio Ciudadela Educativa Alfredo Paz Meneses. Antes de entrar a formar parte de la investigación se les administró una preprueba que permitió identificar a los estudiantes que cumplieron los criterios o indicadores de presencia de depresión para ser remitidos a evaluación personalizada y por lo tanto no hacer parte del estudio. Los adolescentes que presentaron riesgo de desarrollar depresión fueron asignados al azar a la condición experimental y a la condición control. La condición experimental consistió en un programa de prevención primaria cognitivo – conductual sobre el riesgo de desarrollar depresión, el cual se implementó en un grupo conformado por 17 mujeres y en otro grupo de 18 hombres, con una duración de dos sesiones semanales para cada uno de los grupos.

El programa se basó en la influencia recíproca de los pensamientos, las actividades y las interacciones personales y su repercusión en el estado de

ánimo de las personas, y promueve el aprendizaje de métodos cognitivo – conductuales utilizados en el tratamiento de la depresión, adaptados a un enfoque preventivo.

Objetivos

Objetivos General

Enseñar a los participantes estrategias cognitivo – conductuales que les permitan adquirir habilidades personales como la auto-observación, autocontrol, autoevaluación y autocuestionamiento que permitan disminuir el riesgo de ocurrencia de depresión y/o reducir el tiempo de duración e intensidad de un episodio depresivo en caso de presentarse.

Objetivos Específicos

Familiarizar a los participantes con los métodos de prevención de la depresión y plantear la importancia de aprender destrezas que se desarrollarán en cada sesión por medio de explicaciones fáciles de entender.

Desarrollar habilidades prácticas que permitan generar cambios positivos sobre el pensamiento y comportamiento de los participantes.

Reforzar la práctica de estas habilidades en la vida cotidiana para que se generalice su uso.

Relacionar los cambios saludables al uso de las destrezas, señalando a los participantes de forma explícita que los cambios en el estado de ánimo están asociadas con la aplicación de las habilidades que practican en la vida diaria.

Descripción de las Estrategias por Sesión

Psicoeducación

Por medio de esta estrategia se puede explicar los principios y reglas de los

procedimientos que se van a utilizar, el conocimiento actual sobre determinados trastornos mentales y el manejo de ciertos factores para su mejor pronóstico. Se enseña como manejar aspectos del trastorno en cuestión, como por ejemplo señales de recaída, factores de riesgo, resolución de problemas frecuentes, entre otros (Safran y Segal, 1994; citados por J., Latorre & J., Beneit, 1994).

Además, se debe tener en cuenta que los mensajes de contenido informativo pueden contribuir a la educación de los individuos en relación con sus conductas de salud (Cimbrado, Ebbesen y Maslach, 1977; citados por J., Latorre & J., Beneit, 1994).

Cabe señalar lo expuesto por el modelo de creencias en salud sobre la percepción de vulnerabilidad de los individuos con respecto a una determinada enfermedad y por la creencia de que una medida en particular es efectiva para reducir esa vulnerabilidad y algunas implicaciones de este modelo en tareas relacionadas con la educación para la salud (Green y Simons-Morton, 1988; citados por J., Latorre & J., Beneit, 1994), para lo cual se pretende proporcionar a los participantes información clara y precisa sobre depresión, realizar una explicación concreta de sus características, manifestaciones, factores de riesgo, consecuencias; por medio de estudio de casos, ejemplos de situaciones reales, psicodramatización en audio, entre otros.

Auto-observación

Muchos programas cognitivo-conductuales utilizan la auto-observación como un primer paso para la modificación de una conducta. Se entiende por auto-observación un procedimiento que consiste en atender deliberadamente a la propia conducta y a registrarla mediante algún procedimiento previamente

establecido (Thorensen y Mahoney, 1974; citados por J., Latorre & J., Beneit, 1994).

En el programa se utilizará la escala de ánimo, extraída del texto Control Your Depression de Lewinsohn, Muñoz, Youngren y Zeiss (1986), (citados por G., Buela, T., Carrasco, & L., Fernández, 1997), que les permite a los participantes automonitorearse acerca del estado de ánimo que experimentan cada día, es decir llevar cuenta de su estado de ánimo y cómo este cambia a través de las sesiones. Además, se usarán conjuntamente registros conductuales (ver Anexo C), como una herramienta eficaz para implicarlos activamente en el proceso de intervención y modificación de sus atribuciones respecto a la posibilidad de alterar el medio o su propia conducta, y fomentar con ello su autocontrol (Kanfer, 1980; citado por J., Latorre & J., Beneit, 1994).

Métodos Cognitivos

Las terapias cognitivas parten del planteamiento de que las personas no reaccionan a los acontecimientos en sí, sino al significado que se les otorga a aquellos subjetivamente. Dentro del programa se ha incluido uno de los postulados básicos del modelo cognitivo como es, que cada patología muestra un perfil específico (especificidad de contenido), el cual define el rasgo esencial y la naturaleza misma de ese trastorno, y no de otro, por tanto define también, el tipo de intervención preventiva. Además se han incluido aspectos básicos de la terapia racional emotiva conductual de Ellis (1962) y de la terapia cognitiva de Beck (1979). La explicación del modelo ABC de la TREC que contempla el programa, se basa en la premisa de que la situación emocional no es creada por las situaciones sino por las interpretaciones que el sujeto hace de ellas; si

estas interpretaciones o creencias son ilógicas, poco empíricas y dificultan la obtención de metas, reciben el nombre de irracionales. El modelo ABC se usa terapéuticamente para ayudar a resolver los problemas emocionales que tienen como eje principal la forma de pensar e interpretar las circunstancias, las creencias que ha desarrollado sobre si mismo, otras personas y el mundo en general (Ellis, 1982). Como en el caso de la depresión, Ellis atribuye el eje de ésta al pensamiento absolutista, rígido y dogmático en la filosofía básica del paciente y considera que de ésta se derivan las distorsiones cognitivas descritas por otros modelos.

Debate Cognitivo de Exigencias

Teniendo en cuenta que los significados personales pueden adoptar la forma de actitudes inflexibles y exigentes, que predisponen al sujeto a no tolerar el curso de los eventos cuando estos no coinciden con sus metas personales, esta técnica propone: (a) identificar esas exigencias, (b) establecer sus consecuencias negativas, (c) diferenciarlas de las preferencias personales y (d) reducir su influencia mediante el uso de un cuestionamiento filosófico de las ideas irracionales, en el que se evalúa el comportamiento y no a la persona y un cuestionamiento empírico de las inferencias y pensamientos automáticos, en el que se evalúa la probabilidad o porcentaje de ocurrencia de un determinado comportamiento. El debate se realiza a través de preguntas enfocadas hacia la carencia de funcionalidad, falta de lógica y la inconsistencia empírica de las creencias irracionales y por medio de explicaciones breves para corregir errores en el punto de vista del participante.

El cuestionamiento de las exigencias se potencializa con ejercicios de debate durante las sesiones y como parte de tareas para la casa.

El modelo cognitivo de Beck se retoma en el programa, haciendo énfasis en la triada cognitiva o pensamientos negativos sobre si mismo, el futuro y el mundo. Actualmente, el modelo de Beck se caracteriza por los esquemas y autoesquemas inadecuados y maladaptativos en los desordenes psicológicos, que en general tienden a ser más rígidos, extremos e imperativos en comparación con la flexibilidad y adaptabilidad de otros sujetos. En otras palabras, los sujetos con problemas psicológicos poseen un modo dominante de pensar y actuar, a estas se les llama variable de personalidad y diferencias individuales en el desarrollo de patologías. Con respecto a la depresión, Beck afirma que las personas depresivas son susceptibles a los eventos de pérdida y fracaso. Un aspecto importante del programa es la explicación del esquema depresivo que puede ser disparado por diversos eventos, dicho esquema despliega una serie de operaciones o distorsiones cognoscitivas que a su vez confluyen en la triada cognoscitiva, que según Beck es la responsable directa de la sintomatología depresiva.

Diarios Personales para Comprobar los Significados Subjetivos

Después de identificar los pensamientos negativos o significados subjetivos inadecuados, estos pueden ser puestos a prueba mediante los diarios personales de Beck y Freeman (1997). El sujeto se encarga de comprobar las predicciones de sus creencias en áreas de su vida diaria, llevando una especie de diario de notas para ello; el cual incluye la descripción de la situación, en la que se pide al participante relatar un suceso real que le haya producido una

emoción desagradable, especificar la emoción que experimentó y su grado de intensidad (0-100) y registrar los pensamientos automáticos que preceden a las emociones. Una vez identificados estos pensamientos, se escribe en el encabezado de una hoja el significado disfuncional y debajo del mismo varias columnas de registro de datos en distintas áreas de la vida del participante, donde éste debe recoger datos que confirmen ese significado. Lo anterior puede resultar efectivo al comprobar el funcionamiento real de los significados personales disfuncionales de los participantes en el programa, debido a que pueden por sí mismos comprobar que sus reglas o significados personales pueden no ajustarse siempre al funcionamiento de su experiencia cotidiana.

Métodos Conductuales

Actividades de Dominio-Placer

Se propone a los participantes un programa de actividades conductuales progresivo, que consiste en registrar las actividades diarias durante una semana, anotando en cada una de ellas el grado de dominio y el grado de placer de la misma (0-10). En la siguiente sesión se eligen las actividades con las puntuaciones más altas para programarlas en horarios semanales. Con esta actividad se trata de aumentar el repertorio de actividades agradables y de dominio del paciente.

Entrenamiento Asertivo – Habilidades Sociales Básicas.

Se seleccionan y trabajan las áreas deficientes de las habilidades sociales básicas de manera puntual. El modelado, el ensayo de conducta y rol playing se utilizan para el entrenamiento de esas habilidades. Una cuestión adicional es detectar los significados personales que la están inhibiendo y ofrecer puntos

de vista alternativos, como los llamados derechos asertivos (Smith, 1977; citado por J., Salinas, 2001).

Ensayo, Modelado y Rol playing

El entrenamiento en habilidades de afrontamiento puede ser más efectivo si el terapeuta hace el modelo progresivo de la tarea a llevar a cabo, hace que el sujeto la repita instruyéndole en sus pasos, propone acercamientos progresivos a la misma desde pasos fáciles a difíciles, anima y refuerza los progresos y ambos simulan las escenas donde esas habilidades pueden ser llevadas a cabo. El ensayo también puede ser imaginario, centrado en el afrontamiento de escenas futuras o haciendo que el sujeto ejecute ciertas conductas en vivo en la sesión.

Asignación de Tareas

Las habilidades ensayadas en la sesión se siguen practicando por medio de la asignación de tareas para la casa. Se sugiere la aplicación a determinadas situaciones, de modo que en la siguiente sesión se puedan evaluar sus efectos.

La finalidad de la asignación de tareas es practicar lo aprendido en cada sesión en las situaciones reales, facilitando el aumento de la confianza en los propios recursos de afrontamiento, las expectativas de autoeficacia (Bandura, 1984; citado por J., Salinas, 2001), y/o se exploren significados alternativos a los disfuncionales (Greenberg y cols, 1996; Guidano, 1994; citado por J., Salinas, 2001).

Procedimiento del Programa

E tapa I: Sensibilización

Objetivos

Generar empatía entre los terapeutas y los participantes con el fin de establecer una relación que favorezca su adherencia al programa.

Realizar la presentación del programa

Tiempo de Aplicación

Una sesión de una hora y 30 minutos.

Recursos

Humanos, materiales de trabajo

Sesión 1.

Objetivo

Explicar el propósito del programa e iniciar la cobertura de planteamientos básicos que se utilizarán en su desarrollo, tales como la relación entre emociones, pensamientos y conductas y el aprendizaje de técnicas que permitan controlar el estado de ánimo.

Metodología

Realización de un taller introductorio.

Dinámica de presentación.

Se realiza la presentación de los terapeutas y de los participantes por medio de un juego en el que se asocia el nombre de cada uno con un movimiento del cuerpo. Este ejercicio, además de permitir a los asistentes conocer el nombre de los compañeros, permite que el grupo se familiarice con el ambiente de las sesiones.

Presentación del programa.

Se introduce el programa por medio del relato de un caso de una adolescente de 16 años. (Ver Anexo B).

Esta herramienta permite explicar de una forma práctica, el hecho inevitable de enfrentar situaciones difíciles o adversas y la importancia que tiene el aprender a enfrentarlas de manera adecuada, ya que si no se cuenta con las habilidades personales necesarias o se dispone de ideas o estrategias inadecuadas, los problemas cotidianos pueden generar alteraciones desadaptativas o disfuncionales en el estado de ánimo.

Esta sesión está basada en la idea de que las personas se enfrentan a diario con eventos que les causan malestar; muchas veces, se puede modificar la percepción que se tiene de ellos por medio de estrategias eficaces, otros, sin embargo, son inevitables, haciendo entender que ninguna destreza puede garantizar completamente la no ocurrencia de eventos negativos. Por lo tanto se considera que el acceso a un repertorio amplio de destrezas cognitivas y conductuales reduce el nivel de malestar que pueden generar dichos eventos.

De manera complementaria se realiza la descripción de la metodología utilizada en el programa, se hará alusión al tipo de ejercicios, tareas para la casa, uso de registros, entre otras herramientas; que faciliten la comprensión y la aplicación práctica de los contenidos temáticos del programa.

E tapa II: Psicoeducación y Auto-observación

Objetivos

Propiciar en los participantes la autoevaluación de los factores de riesgo asociados a la depresión, con el fin de propiciar una percepción subjetiva de vulnerabilidad ante el riesgo de desarrollar depresión.

Conocer algunos aspectos sobre la manera en que los participantes controlan su propio estado de ánimo y determinar qué efecto tiene éste en su salud.

Tiempo de Aplicación

Cinco sesiones de una hora y 30 minutos cada una

Recursos

Humanos, materiales de trabajo

Sesión 2.

Objetivo

Proporcionar información sobre depresión, facilitando la comprensión de aspectos relevantes para el desarrollo del programa.

Metodología

Se hace una explicación concreta sobre depresión, sus características, manifestaciones, factores de riesgo y consecuencias asociadas; para ello se retomarán aspectos clave de la historia utilizada en la primera sesión, con el propósito de familiarizar a los participantes con el manejo de aspectos como la diferencia que existe entre una emoción básica como la tristeza y el estado de ánimo depresivo.

Se promueve la participación del grupo por medio del ejercicio de recordar y describir lo que siente cada uno cuando está triste.

Esta sesión se centra en la idea de que experimentar sentimientos de tristeza es algo frecuente y hace parte de la vida. No se pretende prevenir que los participantes experimenten este tipo de sentimientos, esto no sería realista, lo que se busca es reducir las posibilidades en que ellos se sientan lo suficientemente tristes como para que esto afecte su funcionamiento diario y su salud.

De manera complementaría se pregunta a los participantes, si alguna vez han tenido contacto con personas con características depresivas y que realicen una descripción de lo que observaron en su comportamiento.

Finalmente, se explica que el propósito del programa es el aprendizaje de habilidades y formas de pensamiento funcionales que permitan respuestas adecuadas ante las situaciones difíciles.

Ejercicio.

Describir una situación en la que se haya experimentado manifestaciones similares a las descritas durante la sesión y responder ¿Qué sintió?, ¿qué pensó? Y ¿qué hizo con respecto a la situación?.

Este ejercicio permite familiarizar al participante con la auto-observación y auto-descripción.

Tarea para la casa.

Realizar el autorregistro de pensamientos y emociones disfuncionales. (Ver Anexo C).

Sesión 3

Objetivo

Reforzar los conceptos relevantes sobre depresión.

Metodología

Revisión del autorregistro.

Presentación de psicodramatización en audio (ver Anexo D), que consiste en una historia real que ejemplifica de manera implícita antecedentes, modos de pensamiento, comportamientos y algunas consecuencias de la depresión.

Posteriormente se promueve la participación del grupo, por medio de un ejercicio de imaginación en el que se infiere las consecuencias de la depresión en la vida diaria del protagonista de la historia a nivel social, familiar, afectivo y escolar.

Tarea para la casa.

Presentación y explicación de la Escala de ánimo (Ver Anexo E). Ésta tiene como finalidad facilitar el automonitoreo, permitiéndoles a los participantes conocer las variaciones de su estado de ánimo cada día; para ello se pide a los participantes que registren en la escala su estado de ánimo cada noche antes de acostarse, deben pensar cómo se han sentido cada día y escoger el número que mejor describa su estado de ánimo, teniendo en cuenta los números en escala ascendente, en donde 1 indica el peor estado de ánimo, el 5 indica un estado de ánimo intermedio y el 9 un buen estado de ánimo. Los otros números indican más alegría de lo usual (más de 5), o menos alegría de lo usual (menos de 5)

Sesión 4.

Objetivo

Promover el aprendizaje de habilidades como la auto-observación, la autoevaluación y el autocuestionamiento.

Metodología

Explicación del modelo A-B-C de Ellis, retomando aspectos esenciales y prácticos de este modelo. Esto permite que los participantes aprendan a identificar formas de pensamiento irracionales y emociones inadecuadas como la depresión, la ira, la autocondena; de formas adecuadas como la tristeza, la irritación, el pesar ante pérdidas y frustraciones.

La sesión se centra en resaltar la importancia del aspecto cognitivo en la depresión, por lo tanto, el modelo ABC será utilizado para explicar el eje principal de la depresión que es la forma de pensar, interpretar el ambiente y las circunstancias y las creencias que el individuo ha desarrollado sobre sí mismo, sobre otras personas y sobre el mundo en general (Ellis, 1975).

El modelo ABC habla de una A o acontecimientos activantes, de un B o creencias irracionales y de un C o consecuencias. El centro de atención en este modelo es B o sistema de creencias, ya que las A históricas no pueden cambiarse nunca, sólo las evaluaciones que se hacen de ellas se encuentran disponibles para discusión.

Para explicar lo anterior, se usan ejemplos basados en los pensamientos irracionales que son tomados como características de la depresión por su rigidez y absolutismo, estos se articularán con situaciones difíciles o adversas descritas por los participantes, en ellas podrán identificar y verbalizar pensamientos, creencias e ideas a través de preguntas tales como, ¿qué estaba pasando por tu cabeza en esos momentos?, ¿qué estabas diciéndote a tí mismo?, ¿te dabas cuenta de algún pensamiento que pasase por tu cabeza?, ¿de qué te preocupabas?, entre otras. Al recolectar información sobre

situaciones, pensamientos y reacciones emocionales de los participantes, se puede observar el tipo de pensamiento que presentaron e inferir la presencia de ideas irracionales.

Ejercicio.

Se aplica la Escala de Actitudes y Creencias, adaptada de Burgess (1990), para identificar modos habituales e individuales de pensamiento. (Ver Anexo F). En esta escala se debe anotar el grado de acuerdo o desacuerdo con cada frase, encerrando en un círculo la frase que mejor describa el pensamiento de cada participante.

Sesión 5.

Objetivo

Permitir que los participantes logren diferenciar los pensamientos racionales de los irracionales y discriminar sus propios pensamientos irracionales

Metodología

Revisión de la escala de ánimo, a través de las siguientes preguntas, ¿cómo les pareció registrar cada noche su estado de ánimo? , ¿te sorprendieron los resultados?.

Retroalimentación sobre los resultados de la escala de creencias en forma personalizada.

Entrega y discusión del documento Pensamientos irracionales Vs. Pensamientos racionales (Ver Anexo G), en el que se presenta algunas de las diferencias más comunes entre creencias irracionales y racionales (Ellis, 1984; Ellis y Dryden, 1987).

Sesión 6.

Objetivo

Identificar el sentimiento de autodevaluación y de falta de mérito en la descripción del estado de ánimo depresivo de acuerdo al modelo de Beck.

Metodología

Explicación del modelo cognitivo de la depresión de Beck, haciendo énfasis en el factor primordial que es la triada cognitiva (Beck, 1967, 1976). Se presenta aquí un punto de encuentro entre los modelos de Beck y Ellis, que se considera importante abordar; de acuerdo con Ellis para que la depresión se desarrolle no solamente es necesaria la presencia de pensamientos negativos expuestos por Beck, además de ellos debe existir la presencia de exigencias condicionales y rígidas, que determinen el funcionamiento de un individuo, por ejemplo, si una persona piensa “Soy menos eficiente de lo que desearía”, y no presenta exigencias condicionales y rígidas, es difícil que concluya que es ineficiente o que carece de méritos y ella y su vida carece de valía y que por consiguiente se desmoralice y deprima. Si simplemente presenta preferencias muy fuertes a funcionar bien es muy probable que al fallar experimente profunda tristeza y contrariedad, mas aún cuando esta persona magnifique, sobregeneralice e infiera que no vale como persona por funcionar deficientemente solo llegará a deprimirse si concluye que debe ser perfecta.

Esta explicación en el estudio de caso de una adolescente que ejemplifica el esquema de pensamientos negativos sobre sí misma, el mundo y el futuro y una filosofía básica subyacente rígida basada en los “debería”. (Ver Anexo H).

Etapa III: Intervención cognitivo-conductual a la modificación de conductas

Objetivo

Enseñar a los participantes métodos y técnicas que les permita controlar su estado de ánimo con el fin de que tengan menores posibilidades futuras de sentirse deprimidos.

Tiempo de Aplicación

Seis sesiones de una hora y 30 minutos cada una

Recursos

Humanos, materiales de trabajo

Sesión 7.**Objetivo**

Permitir a los participantes discriminar entre creencias racionales e irracionales, cuestionar las creencias irracionales y reemplazarlas por una filosofía más realista.

Metodología

Revisión de la escala de ánimo.

Explicación y entrenamiento de la técnica cognitiva del debate cognitivo de exigencias.

El aprendizaje previo del modelo ABC les permite a los participantes entender su propio esquema conceptual y los aspectos irracionales de éste. La técnica de debate les permite examinar y cuestionar su forma actual de pensar y desarrollar nuevos y más funcionales modos de pensamiento a través de breves explicaciones para corregir errores en el punto de vista poco realista de los participantes, explicar por qué una idea irracional en particular puede ser autodestructiva y por qué sus alternativa racional más productiva. Estos

aspectos para reemplazarlos por otros más funcionales y eficaces. Lo anterior, con el fin de que los participantes logren darse cuenta de que mientras mantengan este tipo de pensamiento y las conclusiones que se derivan de él, también mantendrán su malestar emocional.

Ejercicio.

Con el propósito de evaluar la eficacia del debate se incluye la inversión de los papeles participante- terapeuta durante el ensayo de conducta, acompañado por puntuaciones emocionales o unidades subjetivas de malestar U.S.M.

Tarea para la casa.

Practicar ejercicios para atacar la vergüenza, conjuntamente con las U.S.M., que les permite cuantificar una emoción empleando como punto de referencia el informe del propio paciente sobre la intensidad de su estado emocional en un momento determinado. Esta escala se utiliza en un sinnúmero de situaciones, dependiendo de los participantes, como por ejemplo en un ejercicio durante la sesión se pide a un participante tímido que se ponga de pie y mencione alguna de sus cualidades y se le pregunta, al pensar irracionalmente qué emoción experimentó, cuál es su intensidad utilizando la escala y posteriormente utilizando un argumento que contrarreste esa idea irracional, ¿qué siente?, ¿cambió el tipo de emoción?, ¿cuál es la intensidad de la escala?, ¿cómo cambió su puntuación?.

Se utiliza un formato Likert cuyo rango va desde muy alto hasta inexistente. Los participantes deben especificar la intensidad e la emoción, donde 1 es inexistente, 2 es bajo, 3 es medio, 4 es alto y 5 es muy alto.

La idea con este ejercicio es exponer a los participantes a situaciones que les cause incomodidad, con el fin de que monitoreen la intensidad de sus reacciones por medio de la escala y posteriormente contrarresten con un argumento realista los pensamientos que originen el malestar.

Sesión 8.

Objetivo

Permitir a los participantes observar y confirmar la veracidad de los hechos, la objetividad de los datos que usan para formular sus hipótesis.

Metodología

Explicación y entrenamiento de la técnica cognitiva de diarios personales. Los pasos para aprender esta técnica son: (a) identificar los significados personales disfuncionales, (b) completar el registro cognitivo (Ver Anexo I), (c) recoger datos y registrarlos en las columnas de las áreas de la vida diaria del paciente, y (d) verificar o comprobar las reglas y significados personales confrontándolos con los datos obtenidos con la vida cotidiana por medio de preguntas como, ¿qué prueban los datos?, ¿es cierto que siempre ha sido así?, aunque es elevado el número de ocurrencias, ¿esto ocurre un porcentaje de las veces?, ¿cuál es su probabilidad de ocurrencia?.

Tarea para la casa.

Registrar las actividades diarias hasta el día de la siguiente sesión.

Sesión 9.

Objetivo

Mantener una cantidad apropiado de actividades agradables que realizan los participantes, con el fin de alcanzar un nivel adecuado en el estado de ánimo.

Metodología

Revisión de la escala de ánimo

Explicación y entrenamiento de la técnica conductual de actividades de dominio - placer. Esta técnica se utiliza para diseñar un programa de actividades diarias que resulten agradables a los participantes. Se revisa la lista individual de actividades que realizaron como tarea para la casa. Posteriormente, se indaga acerca de lo que aprendieron los participantes al registrar sus actividades diarias, se anota el grado de dominio y el grado de placer que produce cada una de ellas, en una escala de 0 a 10 y se responde individualmente las siguientes preguntas, ¿te gustaría tener más actividades en tu vida?, ¿por qué es difícil tener más actividades agradables?.

Finalmente, se eligen las actividades con las puntuaciones más altas para programarlas semanalmente y llevarlas a cabo.

Sesión 10.

Objetivos

Conocer y comprender las ventajas que conlleva el comportamiento asertivo.

Detectar los significados personales que inhiben la conducta asertiva.

Ofrecer puntos de vista alternativos por medio del entrenamiento de los derechos asertivos.

Metodología

Explicación de las características de la conducta asertiva, diferenciándola de la conducta no asertiva y agresiva. Posteriormente se realiza una exposición de los derechos de las personas asertivas. El aprendizaje de estos conceptos se refuerza por medio de un juego de roles, en el que se recrean situaciones planteadas por los participantes.

Ejercicio.

Con el siguiente ejercicio se pretende que los participantes comprendan la importancia de los derechos asertivos en la vida cotidiana.

A partir de la explicación de los derechos asertivos, se pide a cada participante escoger uno que le parezca importante. Posteriormente se les pide que imaginen el derecho que seleccionaron, ¿cómo cambiaría su vida si pudieran llevarlo a cabo?, ¿cómo actuarían?, entre otras. El ejercicio continúa durante dos minutos, después de los cuales se les pide que imaginen que ya no tienen ese derecho, que observen cómo cambia su vida en comparación a la situación anterior.

Finalmente, se socializa la experiencia, especialmente se pide que expresen los que sintieron cuando conocían y cuando no conocían el derecho.

Sesión 11.

Objetivos

Identificar pensamientos irracionales que interfieren en algunas áreas del comportamiento interpersonal.

Motivar el desarrollo de una filosofía asertiva básica que conduzca a relaciones interpersonales satisfactorias.

Metodología

Revisión final de la escala de ánimo.

Partiendo de la observación de los déficits que presentan los participantes en las dimensiones del comportamiento interpersonal y las ideas irracionales asociadas a éstas, se realiza un ejercicio de autocuestionamiento usando sus contrapartidas racionales.

Ejercicio.

Se pide a cada participante que piense en una situación social que sea difícil de abordar de modo asertivo, luego pensar y registrar aquello que podría decirse a sí mismo, sobre él, los demás y la situación. Luego se pide a los participantes que cuestionen estos pensamientos, describiendo alternativas apropiadas. Por último, se motiva la práctica reiterada de estos pasos en situaciones que requieran de una conducta asertiva y en las que les gustaría mejorar.

Tarea para la casa.

Practicar ejercicios conductuales para asumir riesgos y atacar la vergüenza, como por ejemplo iniciar varios contactos sociales con personas del sexo opuesto, llevar ropa extremadamente llamativa, saludar efusivamente a una persona a quien no se conoce; con el propósito de reevaluar su definición de ciertas conductas y asumir riesgos sociales que probablemente hayan estado evitando. Para ello se planean situaciones en las que se requiere que los participantes se comporten de tal manera que provoquen aquellas consecuencias esperadas que temen que ocurran, se trata de que actúen de manera diferente con el fin de pensar y sentir de modo diferente.

Sesión 12

Objetivo

Realizar una retroalimentación general sobre los conocimientos adquiridos en el programa.

Motivar la prevención de la depresión en el futuro personal de los participantes.

Metodología

Se realiza un conversatorio sobre las habilidades personales desarrolladas a través del programa; explicando sus ventajas, importancia, y beneficios y haciendo énfasis en la filosofía básica del programa, que parte de la idea de que no son los problemas los que afectan a las personas en mayor medida, sino la interpretación que se hace de ellos. De la misma manera, se resalta la importancia de conocer las debilidades y fortalezas propias, como determinantes para lograr cambios que garanticen una mejor calidad de vida.

Se propicia un espacio que permita resolver inquietudes y socializar sugerencias que permitan mejorar el programa en el futuro y se realiza el cierre respectivo.

ANEXO B

RELATO

Lea atentamente el siguiente relato sobre una adolescente de 16 años, en el que se muestra sus reacciones ante un problema familiar.

... el recuerdo de mi padre me hace llorar una y otra vez, siempre me ocurre lo mismo, cuando no tengo nada que hacer pienso en cosas malas y recuerdo que él me abandonó, que no quiso estar conmigo, que se olvidó de mí o que nunca le importé. Cuando me siento así me quiero morir, no me importa ni mis amigos, ni mi madre, ni mucho menos lo que tengo que hacer para el colegio.

Mi madre me dice que las cosas no son como yo las pienso, que mi padre siempre me quiso igual que ella, pero sé que miente y cuando ella me habla así me irrito mucho.

Mis amigos se preocupan por mí al verme triste y solitaria, intentan consolarme igual que mi novio quien me dice que estas cosas pasan y que debemos superarlas; pero yo no pienso así, casi siempre creo que las cosas malas solamente me pasan a mí, en esos momentos solo quiero encerrarme en mi cuarto y pensar en lo distinta que sería mi vida si mi padre estuviera aquí conmigo.

Quisiera hablar con alguien que me entendiera, alguien que haya pasado lo mismo que yo y que me pudiera ayudar.

ANEXO E

**ESCALA DE ÁNIMO
¿COMO ME SIENTO CADA DIA?**

SEMANA:
FECHA:
NOMBRE:

ESTADO DE ANIMO	BUENO	9	9	9	9	9	9	9
		8	8	8	8	8	8	8
		7	7	7	7	7	7	7
	REGULAR	6	6	6	6	6	6	6
		5	5	5	5	5	5	5
		4	4	4	4	4	4	4
	MALO	3	3	3	3	3	3	3
		2	2	2	2	2	2	2
		1	1	1	1	1	1	1
		1	1	1	1	1	1	1

ANEXO F
ESCALA DE ACTITUDES Y CREENCIAS

¿EN QUÉ GRADO ESTÁ DE ACUERDO CON ESTAS AFIRMACIONES?	MUY EN DESACUERDO	MODERADAMENTE EN DESACUERDO	NEUTRAL	MODERADAMENTE DE ACUERDO
1. Quiero caerle bien a algunas personas.....	1	2	3	4!
2. A veces es desagradable cuando no hago las cosas bien.....	1	2	3	4!
3. En ocasiones, cuando estoy tenso/a, me es imposible funcionar adecuadamente.....	1	2	3	4!
4. Algunas veces, cuando no le caigo bien a la gente, pienso que soy una mala persona.....	1	2	3	4!
5. Quiero hacer bien algunas cosas.....	1	2	3	4!
6. A veces es desagradable cuando estoy tenso/a....	1	2	3	4!
7. Algunas veces, cuando no le agrado a la gente, me resulta imposible funcionar adecuadamente.....	1	2	3	4!
8. En ocasiones, cuando hago las cosas mal, pienso que soy un fracaso.....	1	2	3	4!
9. De vez en cuando quiero estar relajado/a.....	1	2	3	4!
10. A veces es desagradable cuando no le agrado a la gente.....	1	2	3	4!
11. Algunas veces, cuando no lo hago bien, me es imposible funcionar adecuadamente.....	1	2	3	4!
12. En ocasiones, cuando estoy tenso/a, pienso que siempre estaré de esa manera.....	1	2	3	4!
13. Necesito caerle bien a algunas personas.....	1	2	3	4!
14. A veces es terrible cuando no hago las cosas bien	1	2	3	4!
15. En ocasiones, cuando estoy tenso/a me resulta imposible funcionar adecuadamente.....	1	2	3	4!
16. Pienso que no soy una mala persona incluso si no le caigo bien a algunas personas.....	1	2	3	4!
17. Necesito hacer algunas cosas bien.....	1	2	3	4!
18. En ocasiones es terrible cuando estoy tenso/a.....	1	2	3	4!
19. Algunas veces, cuando no le caigo bien a la gente, me es difícil funcionar adecuadamente.....	1	2	3	4!
20. Pienso que no soy un fracaso incluso si hago mal algunas cosas.....	1	2	3	4!
21. De vez en cuando necesito estar relajado/a.....	1	2	3	4!
22. A veces es terrible cuando no le caigo bien a la gente.....	1	2	3	4!
23. En ocasiones, cuando no lo hago bien, me es difícil funcionar adecuadamente.....	1	2	3	4!

¿EN QUÉ GRADO ESTÁ DE ACUERDO CON ESTAS AFIRMACIONES?

	MUY EN DESACUERDO	MODERADAMENTE EN DESACUERDO	NEUTRAL	MODERADAMENTE DE ACUERDO	MUY DE ACUERDO
24. Pienso que no siempre estaré tenso/a, incluso si a veces no me encuentro relajado/a.....	1	2	3	4	5
25. Es esencial que le agrade a algunas personas.....	1	2	3	4	5
26. Algunas veces, cuando no hago las cosas bien, me siento perturbado/a.....	1	2	3	4	5
27. En ocasiones es frustrante cuando estoy tenso/a..	1	2	3	4	5
28. Sólo porque no les agrade a algunas personas no significa que sea una mala persona.....	1	2	3	4	5
29. Es esencial que haga bien algunas cosas.....	1	2	3	4	5
30. Algunas veces, cuando estoy tenso/a, me perturbo	1	2	3	4	5
31. A veces es frustrante cuando no le caigo bien a la gente.....	1	2	3	4	5
32. Sólo porque hago algunas cosas mal, no significa que sea un fracaso.....	1	2	3	4	5
33. De vez en cuando es esencial estar relajado/a.....	1	2	3	4	5
34. Algunas veces cuando no le agrado a la gente me siento perturbado/a.....	1	2	3	4	5
35. En ocasiones es frustrante cuando o hago las cosas bien.....	1	2	3	4	5
36. Sólo porque estoy tenso/a algunas veces, no significa que siempre estaré así.....	1	2	3	4	5
37. Es importante que le agrade a algunas personas....	1	2	3	4	5
38. A veces, cuando no hago las cosas bien, me siento decepcionado/a.....	1	2	3	4	5
39. Algunas veces es insoportable cuando estoy tenso/a.....	1	2	3	4	5
40. Si no les agrado a algunas personas eso significa que soy una mala persona.....	1	2	3	4	5
41. Es importante que haga bien algunas cosas.....	1	2	3	4	5
42. En ocasiones, cuando estoy tenso, me siento decepcionado/a.....	1	2	3	4	5
43. A veces es insoportable cuando no le caigo bien a la gente.....	1	2	3	4	5
44. Si hago algunas cosas mal eso significa que soy un fracaso.....	1	2	3	4	5
45. De vez en cuando es importante estar relajado/a...	1	2	3	4	5
46. En ocasiones, cuando no le gusto a la gente, me siento decepcionado/a.....	1	2	3	4	5
47. A veces es insoportable cuando no hago las cosas					

ANEXO G

PENSAMIENTOS IRRACIONALES VS. PENSAMIENTOS RACIONALES

PENSAMIENTOS IRRACIONALES	PENSAMIENTOS RACIONALES
<ol style="list-style-type: none"> 1. Es horrible y espantoso... 2. No puedo soportarlo... 3. Soy un(a) estúpido(a) 4. Es un(a) imbécil 5. Esto no debería ocurrir 6. No tiene derecho... 7. Debo ser castigado(a) 8. Necesito que él (ella) haga eso 9. Todo sale siempre mal 10. Cada vez que intento, fallo 11. Nada funciona 12. Esto es toda mi vida 13. Esto debería ser más fácil 14. Debería de haberlo hecho mejor 15. Soy un fracaso 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Es un contratiempo, una contrariedad... 2. Puedo tolerar lo que no me gusta... 3. Mi comportamiento fue estúpido 4. No es perfecto(a) 5. Esto ocurre porque es parte de la vida 6. Tiene derecho a hacer lo que le parezca aunque preferiría que no sea así. 7. Fue mi culpa y merece sanción, pero no debo ser castigado(a) 8. Quiero, deseo, preferiría que él (ella) haga eso, pero no necesariamente debo conseguirlo. 9. A veces, tal vez frecuentemente, las cosas salen mal 10. A veces fracaso 11. Las cosas fallan con mayor frecuencia de lo que desearía 12. Esto es parte importante de mi vida 13. Desearía que fuese más fácil, pero a veces lo que deseo es difícil de lograr 14. Preferiría haberlo hecho mejor, pero hice lo que mejor que pude en ese momento 15. Soy una persona que a veces fracasa

ANEXO H

ESTUDIO DE CASO

Diana es una adolescente de 15 años, es la menor de dos hermanos y vive dentro de una familia con padres estrictos, exigentes y desinteresados por los problemas de los jóvenes. En general, Diana ha sido una estudiante promedio, con buenas calificaciones en su vida académica. Actualmente sale con un joven de su misma edad, ésta relación se ha mantenido por espacio de 4 meses y en general ha sido satisfactoria a pesar de que los dos jóvenes solo pueden verse en los descansos del colegio, debido a que los padres de Diana piensan que no tiene la edad suficiente para tener novio, afirman que es una “niña” y le prohíben la visita de amigos.

En el último mes los padres de Diana se enteraron de la relación de noviazgo de su hija, reaccionando con mucho enojo, puesto que tenía prohibido este tipo de relaciones; Diana fue castigada por sus padres, quienes le prohibieron salir en las tardes y le exigieron la terminación de su relación; además han hablado con los padres del chico para evitar que éste busque a su hija.

Ante esta situación Diana ha experimentado cambios en su estado de ánimo, tornándose excesivamente irritable con su hermano y compañeros de salón, duerme en exceso por las tardes y en las noches se le dificulta conciliar el sueño. Por otro lado tiene dificultad para concentrarse y realizar sus labores académicas, por lo que su rendimiento en el colegio ha disminuido. En las dos últimas semanas ha entrado en contacto con jóvenes que tienen problemas de

comportamiento en el colegio con quienes ha escapado de clases frecuentemente.

En la actualidad, Diana se siente “fuera de lugar” en su casa y en colegio, su aspecto externo es descuidado, ha bajado de peso y frecuentemente piensa que es una persona desagradable, se reprocha todo lo malo que ocurre, que no vale la pena estudiar y esforzarse, piensa que nunca saldrá de sus problemas, por lo tanto considera que la vida es injusta y que no tiene sentido, que se merece todo lo malo que le ha pasado y que sus padres estarían mejor sin ella. Cuando piensa esto, generalmente evita hablar con las personas de su problema y se encierra en su cuarto a llorar, con la idea permanente de que las cosas no pueden mejorar...

De acuerdo con la historia anterior responde:

- a) Enumera las manifestaciones o reacciones que presenta Diana ante el problema con sus padres.
- b) Piensa si has tenido un comportamiento parecido al de Diana ante una situación difícil.

Menciona el problema y las reacciones que has tenido.

- c) Imagina que el problema de Diana te sucede a ti. ¿Qué pensarías?, ¿qué sentirías?, y ¿qué harías con respecto a esa situación?.

ANEXO I

AUTORREGISTRO DE SIGNIFICADOS PERSONALES

SIGNIFICADO PERSONAL		
“soy incompetente”		
En mi casa (padres, hermanos y otros familiares)	En mi barrio (amigos, novio (a), vecinos)	En mi colegio (compañeros, profesores)