

PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN INFANTIL MEDIANTE EL FOMENTO DEL OPTIMISMO

Óscar Sánchez Hernández y Xavier Méndez Carrillo

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos.

Universidad de Murcia

E-mail: oscarsh@um.es

A pilot study to evaluate a cognitive-behavioural program as indicated for the prevention of childhood depression was carried out. Taking part in this program, 25 pupils were randomly assigned to experimental group and waiting list group suffering depressive symptoms. With a mean age of 11,12 years, of both gender, and from a medium-high and high socioeconomic level. The building program of optimism was developed in twelve sessions of two hours. Its main components were updated explanatory style and problem solving skills. Within the experimental group, a statistically significant reduction in depressive symptoms has been produced, with an effect size of medium-low scale in line with the findings of conducted prevention reviews. The implications of these findings from the positive psychology perspective are discussed.

Key words: childhood depression, explanatory style, indicated prevention, optimism, positive psychology.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud la depresión se convertirá en 2020 en la segunda causa de incapacidad en el mundo, sólo por detrás de las enfermedades isquémicas, mientras que en 2000 ocupaba el cuarto lugar (véase <http://www.who.int/topics/depression/en/>). Por otra parte, un estudio realizado en seis países europeos reveló que España es donde se registró la mayor frecuencia de personas con ansiedad y depresión (King et al., 2008).

La prevalencia de los trastornos del estado de ánimo en población infantil se estima en el 2 por 100 de depresión mayor y entre el 4 y el 7 por 100 de distimia (Domènech y Polaino-Lorente, 1990). La frecuencia de la depresión aumenta con la edad (Domènech, Subirá y Cuxart, 1996; Hankin, Abramson, Moffit, Silva y McGee, 1998; Meltzer, Gatward, Goodman y Ford, 2000), alcanzando el 5 por 100

en la adolescencia. Este dato sugiere que la transición a la adolescencia es un período de desarrollo particularmente vulnerable a la depresión. La comorbilidad de la depresión infanto-juvenil es elevada. Los diagnósticos asociados con mayor frecuencia son los trastornos de ansiedad, los exteriorizados (negativista desafiante, disocial) y el abuso de sustancias (Méndez, 1999).

Muchos niños y adolescentes presentan numerosos síntomas depresivos (Nolen-Hoeksema, Girgus y Seligman, 1986). Los jóvenes con elevados, aunque subclínicos, niveles de depresión experimentan dificultades académicas e interpersonales similares a las de los diagnosticados de trastornos del estado de ánimo (Gotlib, Lewinsohn y Seeley, 1995). También es más probable que fumen, consuman drogas e incluso que intenten suicidarse (Covey, Glassman y Stetner, 1998; Garrison, Jackson, Addy, McKeown y Waller, 1991).

Además del sufrimiento personal la depresión ocasiona un gasto cuantioso. El coste total en Europa se estima en 118 billones de euros y el 61 por 100 se debe a los costes indirectos generados por las bajas laborales y por la disminución de la productividad. La carga económica en España asciende a 5.005 millones de euros anuales con una distribución de pérdidas semejante a la europea (Valladares, Dilla y Sacristán, 2008). Estas cifras justifican sobradamente la necesidad de identificar, tratar y prevenir la depresión.

En los últimos doce años ha aumentado el interés por la prevención (Horowitz y Garber, 2006). De acuerdo con el Institute of Medicine las intervenciones preventivas se clasifican en tres tipos según la población diana (Mrazek y Haggerty, 1994). La *prevención universal* abarca a todos los miembros de una población definida, por ejemplo una zona geográfica o una etapa de desarrollo. Sus principales ventajas son que se evita la estigmatización y se promueve la asistencia al programa. Por el contrario, la prevención dirigida se centra en grupos particulares: la *prevención selectiva*, en los que tienen un riesgo superior a la media de presentar el trastorno y la *prevención indicada*, en los que manifiestan síntomas o signos de un trastorno (nivel subclínico).

Horowitz y Garber (2006) extraen de su revisión meta-analítica sobre la prevención de la depresión en la infancia y adolescencia las siguientes conclusiones:

1. La prevención dirigida es más efectiva que la universal al finalizar el programa.
2. La prevención dirigida es más efectiva que la universal en el seguimiento.
3. El tamaño del efecto de la prevención dirigida tiende a ser entre bajo y moderado, tanto al finalizar el programa como en el seguimiento.

El objetivo del presente estudio piloto fue valorar el Programa de Resistencia a la Adversidad (*Penn Resiliency Program*, PRP), de la Universidad de Pensilvania (Gillham, Jaycox, Reivich, Seligman y Silver, 1990), como prevención indicada de la depresión infantil. Se compone de reestructuración cognitiva y resolución de

problemas interpersonales. Se basa en el modelo ABC de Ellis (1962), cuya premisa fundamental es que las creencias personales (*Beliefs*) median el impacto de los acontecimientos negativos (*Adversity*) sobre la emoción y el comportamiento (*Consequences*). Pretende, por tanto, modificar las creencias disfuncionales mediante terapia cognitiva (Beck, 1976; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979).

El PRP destaca la importancia del estilo explicativo. Los pesimistas tienden a atribuir los sucesos negativos a causas personales, permanentes y generales y los optimistas a factores externos, temporales y específicos (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978). Así pues, el fomento del optimismo para prevenir la depresión se fundamenta en la conceptualización de la depresión no sólo como presencia de emociones negativas, sino también como ausencia de emociones positivas (Vera, 2006). Las investigaciones realizadas durante cinco años con más de 500 niños participantes en el Estudio Longitudinal de la Depresión Infantil muestran que la explicación optimista amortigua el impacto perjudicial de la adversidad y protege de la depresión, mientras que el estilo pesimista aumenta el riesgo (Nolen-Hoeksema, Girgus y Seligman, 1992; Seligman et al., 1984).

Existen al menos 14 estudios con asignación al azar de los participantes y grupo de control, realizados por los creadores del PRP y por otros equipos de investigación, en los que han participado más de 2.000 niños y adolescentes de 8 a 15 años (Abela y Hankin, 2007). En conjunto los resultados revelan que el programa reduce de forma duradera los síntomas de ansiedad y depresión. Gillham, Hamilton, Freres, Patton y Gallop (2006) encontraron que el PRP previene trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y de adaptación (combinados), en un seguimiento de dos años a niños con elevados niveles de sintomatología. También se ha hallado que el efecto preventivo sobre el comportamiento disruptivo se mantiene 2 – 3 años después de finalizar el programa (Cutuli, 2004; Cutuli, Chaplin, Gillham, Reivich y Seligman, 2006).

El marco de referencia del estudio es la psicología positiva que pretende complementar el estudio de los aspectos patológicos de la psique humana con el de las fortalezas y destrezas con el fin de proteger de los trastornos psicológicos (prevención) y potenciar el bienestar de la persona (promoción de la salud). Seligman y Csikszentmihalyi (2000) señalan que el progreso mayor de la prevención procede de una perspectiva centrada en la construcción sistemática de competencias. Como indica Vázquez (2006), «no hay probablemente un reto más ambicioso para los científicos sociales y las profesiones sanitarias que promover la salud y el bienestar real de la gente y a ese noble empeño no estaría de más dedicar nuestros esfuerzos» (p. 2).

HIPÓTESIS

La hipótesis de partida es que si los participantes completan el programa de prevención indicada que fomenta el optimismo, entonces se reducirá

significativamente su sintomatología depresiva.

MÉTODO

Muestra

Participaron 25 escolares, de 5.º y 6.º de Educación Primaria, de edad media 11,12, de ambos géneros, de nivel socioeconómico medio-alto y alto, de un colegio concertado de la ciudad de Murcia.

Diseño

Se utilizó un diseño factorial mixto 2 x 2 con un factor inter (programa preventivo, lista de espera) y un factor intra (pretest, postest).

Procedimiento

Se explicó los objetivos del estudio a la dirección (director, jefe de estudio y pedagoga) y a la junta directiva de la Asociación de Padres y Madres. Tras obtener su aprobación se solicitó el consentimiento informado a los padres. Se administró de forma colectiva a los alumnos del último ciclo de Educación Primaria el cuestionario de depresión descrito en el siguiente apartado. Los 25 de los 180 (14%) escolares que obtuvieron una puntuación superior a 15 se asignaron al azar a los grupos experimental (n = 13) y control lista de espera (n = 12).

Instrumentos

Escala de Depresión Infantil del Centro de Estudios Epidemiológicos

Se utilizó la traducción castellana de la versión ligeramente modificada de Seligman, Reivich, Jaycox y Gillham (1995) de la prueba del *Center for Epidemiological Studies – Depression Child* (CES-DC; Weissman, Orvaschel y Padian, 1980). Consta de 20 ítems y una escala de estimación de cuatro puntos, de «nada» a «mucho». Una puntuación de 0 a 9 indica que el niño probablemente no está deprimido. Si la puntuación es de 10 a 15 es posible que esté ligeramente deprimido. Si puntúa más de 15 manifiesta un grado de depresión significativo: de 16 a 24 puntos corresponden a depresión moderada y si puntúa más de 24 es probable que padezca depresión grave. Las propiedades psicométricas de la prueba son satisfactorias.

Programa preventivo

La intervención de orientación cognitivo-conductual se aplicó grupalmente en 12 sesiones de dos horas, dos por semana, mediante un manual de implementación para el aplicador y un cuaderno de actividades para el escolar. Excepto la primera y la última, las sesiones comenzaban con la revisión de las tareas para casa y terminaban con su prescripción. Los módulos fueron:

I. Modelo ABC (5 horas)

Sesión 1. Presentación del curso, de los participantes y de las normas de funcionamiento del grupo (confidencialidad, respeto, compromiso). Explicación del concepto de diálogo interno con ejemplos.

Ejemplo de diálogo interno: Susana se ha llevado a clase la carpeta de su hermana Celia, que le chifla. Esta llena de fotos con los grupos de música que tanto le gustan y con esos chicos tan guapos que salen. Después de las clases se va con sus amigas a dar una vuelta. Al prepararse para volver a casa se da cuenta que ha olvidado la carpeta.

Se dice a sí misma:

«¡Madre mía la carpeta! ¡Dios no puede ser, por una vez que me la llevo! ¡Mi hermana se va a poner de un humor de perros! ¿Qué hago ahora?»

Práctica en voz alta de lo que los participantes se dicen a sí mismo en diferentes situaciones.

Sesión 2. Introducción del modelo ABC (Adversidad - Balance cognitivo - Consecuencias) con ayuda de viñetas, en las que se les explica la historia que acompaña a la viñeta (véase figura nº 1). En ella aparece la consecuencia emocional y los participantes deben adivinar qué pensamiento ha generado ese sentimiento. También se les pregunta si la chica hubiera tenido una emoción distinta a la que aparece en la viñeta, qué pensamiento la habría generado. Presentación de casos reales para practicar el modelo ABC.

Figura nº 1

Una chica va a una fiesta y se queda observando a una amiga que va con su pareja. Se siente triste. ¿Qué pensamiento habrá tenido?



2. Modificación del estilo explicativo (7 horas)

Sesión 3. Discusión, resumen y repaso del módulo 1 (primera mitad de la sesión). Introducción del concepto de optimismo (segunda mitad de la sesión). Lectura de relatos aclaratorios terminando con las siguientes ideas:

Fran Sombrío siempre ve la parte negativa de la situación, mientras que Charo Confiada ve la positiva. ¿A quién preferirías como amigo/a?

Todos/as podemos tener algún pensamiento pesimista, lo importante es darnos cuenta que lo estamos teniendo y comprobar que nos hace tener emociones desagradables (como tristeza o enfado) y además nos «paraliza» dejamos de intentar conseguir lo que nos gustaría.

El optimismo, en cambio, nos hace sentir bien con nosotros y nos «mueve» a buscar lo que queremos conseguir...hasta encontrarlo.

Tú eliges... ¿optimismo o pesimismo?

Sesión 4. Análisis de la veracidad de las atribuciones. Comparación de los estilos optimista y pesimista en la dimensión estabilidad (causalidad pasajera o permanente), mediante los relatos de Charo Confiada y Fran Sombrío, viñetas ilustrativas y ejemplos de la vida de los participantes. Esta es la dimensión más importante y a la que tenemos que dedicar más tiempo. Les diremos que cuando nos ocurre alguna situación, siempre tratamos de explicarnos a nosotros mismos por qué ha ocurrido, y también tratamos de prever qué consecuencias tendrá. A veces podemos creer que el problema va a durar siempre y que no podemos hacer nada para que las cosas vayan mejor. Estos pensamientos «permanentes» hacen que estemos deprimidos y dispuestos a darnos por vencidos sin luchar. Por el contrario, si creemos que la situación es pasajera y que podemos modificarla, eso nos dará fuerzas y nos esforzaremos en encontrar la manera de cambiarla.

Sesión 5. Análisis de los estilos optimista y pesimista en las dimensiones generalización («sólo en esta situación» o «en todas las situaciones») y personalización («por culpa mía» o «por culpa de otro o de otra cosa»), de forma similar a la sesión anterior. Les explicaremos a los participantes que, cuando nos ocurre alguna situación que no nos gusta, podemos creer que la causa somos nosotros, o podemos creer que la causa es otra persona u otra cosa. Utilizaremos los ejemplos y viñetas para reflejar creencias <<por culpa mía>> y otras creencias <<por culpa del otro o de otra cosa>>.

Mostraremos con los relatos las consecuencias de ese tipo de pensamientos. Realmente la persona optimista es aquellas que puede ver su porción de responsabilidad y actuar sobre ella. Igualmente sabe separar otras causas que no dependen de él/ella.

Sesión 6. Discusión, resumen y repaso del módulo 2 (primera mitad de la sesión). Juego del pastel de sentimientos para combatir el pensamiento dicotómico y combatir la tendencia a cargar con toda la culpa (segunda mitad de la sesión).

Esta actividad es especialmente indicada, para algunos/as adolescentes que no

reparten de forma adecuada la responsabilidad de lo que sucede, bien porque normalmente suelen atribuir la culpa a sí mismos, sintiéndose culpables y tristes o bien la atribuyen a los demás o a otra cosa de forma que se limitan a enfadarse y no asumen su parte de responsabilidad.

Intentaremos que encuentren el mayor número de causas posibles y que repartan adecuadamente su responsabilidad.

3. Cuestionamiento y anticatastrofismo (7 horas)

Sesión 7. Fomento de la puesta en tela de juicio de las explicaciones pesimistas, mediante el relato de los mellizos Sherlock Holmes y Hemlock Holmes. Introducción del modelo ABCDE (Adversidad - Balance cognitivo - Consecuencias - Debate - Energización).

Les explicamos que una vez identificadas las creencias pesimistas en este módulo aprendemos a cuestionarlas. En esta sesión nos centramos en discutir aquellas que tratan de explicar <<por qué ha ocurrido>> una adversidad.

Los pasos del cuestionamiento a seguir serían:

1. Echar el freno: voy a ver tranquilamente lo que esta pasando, no voy a creer el primer pensamiento que me venga a la cabeza.
2. Pruebas a favor de la creencia pesimista.
3. Pruebas en contra.
4. Otras formas de ver la situación (alternativas).
5. Energización: Consecuencias emocionales y conductuales del debate.

Sesión 8. Explicación del catastrofismo. Disputa de las expectativas catastrofistas. Práctica con ejercicios de «qué pasará ahora». Les explicamos que en esta sesión vamos a ver aquellas creencias que intentan predecir qué consecuencias pasarán en el futuro debido a una adversidad. Estas son las creencias catastrofistas del tipo: <<¿Y si...?>>.

Los pasos para debatir estas creencias serían:

1. Echar el freno: voy a ver tranquilamente lo que esta pasando, no voy a creer el primer pensamiento que me venga a la cabeza.

2. ¿Qué es lo peor que podría pasar? ¿Qué puedo hacer para evitar que pase lo peor? Con esto sacamos nuestros miedos al escribirlos y aun sabiendo que no es lo más probable preparo un plan de acción para ver qué puedo hacer yo para evitar que ocurra esto.

3. ¿Qué es lo mejor que puede pasar? ¿Qué puedo hacer para ayudar a que pase lo mejor? Miro el lado más positivo e ideal de la situación e intento ver que puedo hacer yo para que ocurra lo mejor que puede pasar.

4. ¿Qué es lo más probable que ocurra? ¿Qué podemos hacer para afrontar lo más probable? Esta es la pregunta más importante y a la que debemos dedicar más tiempo. Esta basada en el optimismo realista. Consiste en ver de forma realista qué es lo más probable que ocurra y planificar una estrategia de actuación.

En general, lo que se intenta es evitar caer en el sentimiento de indefensión y «mover» a la persona a la actuación.

Sesión 9. Aplicación a situaciones de la vida de los participantes del cuestionamiento del pesimismo y el catastrofismo. Práctica con apoyo del modelo ABCDE. El reto real es llevar todos los conceptos aprendidos hasta ahora, al día a día de nuestros participantes, haciendo que interioricen estas habilidades. Es muy necesario hacer hincapié en que solo la práctica de estas habilidades les llevará a poder incorporarlas de forma espontánea a su vida habitual.

Sesión 10. Discusión, resumen y repaso del módulo 2 (primera mitad de la sesión). Juego del cerebro para aplicar el modelo ABCDE de forma sistemática y en situaciones en que se dispone de poco tiempo (segunda mitad de la sesión). Este juego requiere haber cogido un buen nivel en el debate de los pensamientos pesimistas, por lo que comenzaremos nosotros como modelos, y luego seleccionaremos a los más hábiles para realizarlo. Por último deben de realizarlo todos por parejas intercambiando los papeles.

4. Resolución de problemas interpersonales (5 horas)

Sesión 11. Resolución de problemas interpersonales por medio del método de los cinco pasos: 1) párate a pensar (mente fría), 2) mira con los ojos del otro (empatía), 3) haz una lista de posibles soluciones (torbellino de ideas), 4) valora pros y contras (decisión), 5) actúa y comprueba el resultado (revisión). Mediante lecturas de ejemplo, juegos para rellenar y finalmente situaciones de su propia vida, vamos trabajando esta habilidad.

Sesión 12. Distinción entre los patrones de relaciones interpersonales duro (heavy), firme (assertive) y blando (light). Es fundamental que sean capaces de distinguir las diferencias de estos tres estilos, tanto a nivel verbal, paralingüístico y no verbal, así como las distintas consecuencias a las que conduce cada uno de los estilos.

El estilo firme o asertivo se lleva a cabo siguiendo los siguientes pasos:

Paso 1: Describir la situación. Solo los hechos.

Paso 2: Decir cómo nos sentimos. No culpar al otro de nuestros sentimientos.

Paso 3: Pedir un cambio pequeño y específico.

Paso 4: Decir cómo nos hará sentir este cambio.

Mediante relatos, juegos y finalmente la representación de papeles (role playing) trabajamos esta habilidad. Con esta misma metodología introducimos las habilidades de negociación distinguiendo los siguientes pasos:

Paso 1: Saber qué queremos dentro de lo que está a nuestro alcance.

Paso 2: Pedirlo.

Paso 3: Escuchar lo que quiere la otra persona.

Paso 4: Hacer una oferta para llegar a un acuerdo.

Paso 5: Seguir buscando un buen acuerdo hasta que las dos personas se sientan

satisfechas.

Es habitual trabajar con situaciones de negociación con los padres en este tipo de edades. Por último terminamos con un resumen y repaso del programa. Fiesta y entrega de diplomas

RESULTADOS

En la tabla nº 1 se ofrecen las puntuaciones medias y las desviaciones típicas en el CES – DC de los grupos en el pretest y el postest. A pesar de la asignación al azar se realizó la prueba T para muestras independientes con las puntuaciones del pretest dado el pequeño tamaño de la muestra. Aunque la media del grupo experimental fue superior, la diferencia entre grupos no fue significativa en el pretest ($t = -0,97$). Se consideró conveniente calcular las puntuaciones de cambio, es decir, la diferencia entre la puntuación del postest y del pretest. No se halló diferencia entre los grupos ($t = -1,01$). Sin embargo, calculando el tamaño del efecto ($d = 0,41$) obtenemos diferencias significativas de magnitud media-baja (Cohen, 1988).

Total N=25	Grupo Experimental	N=13	Grupo Control	N=12
	Media	Desviac. típica	Media	Desviac. típica
Pretest	22,38	6,54	19,52	8,03
Postest	16,27	8,67	16,62	9,08

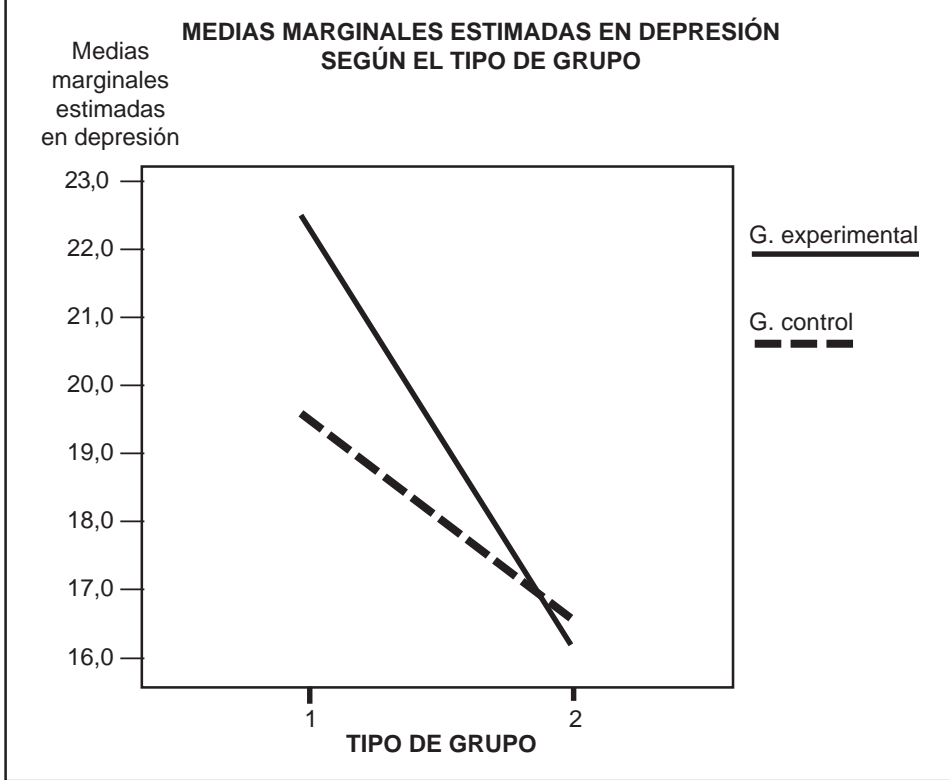
Se efectuó la prueba T para medias relacionadas con las puntuaciones en el CES – CD del grupo experimental en el pretest y del postest, constatándose una reducción estadísticamente significativa de la sintomatología depresiva ($t = 2,57$; $p = 0,02$), de magnitud media – alta ($d = 0,71$) de acuerdo con Cohen (1988).

DISCUSIÓN

La pendiente de la línea que indica la reducción de la sintomatología depresiva es más pronunciada en el grupo experimental (véase la figura nº 2), sin embargo, no se halló una diferencia estadísticamente significativa entre el grupo que había recibido el programa de prevención indicada y el que estaba en lista de espera. No obstante, existen diferencias significativas de magnitud media-baja (Cohen, 1988) en consonancia con los resultados de la investigación en este campo (Horowitz y Garber, 2006).

El no encontrar resultados más claros, puede deberse a falta de potencia estadística de los análisis dado el pequeño tamaño de la muestra. Por otro lado, sugiere la conveniencia de llevar a cabo seguimientos prolongados para comprobar si la tendencia a una mayor mejoría del grupo experimental persiste acentuándose

Figura nº 2. Reducción de la sintomatología depresiva



la diferencia. Por razones éticas se decidió no privar del potencial beneficio del programa a los controles impidiendo realizar el seguimiento. Una explicación plausible de la falta de diferencias entre grupos es el denominado «efecto durmiente» de las intervenciones cognitivo-conductuales, que sostiene que las nuevas competencias adquiridas como el estilo explicativo y la resolución de problemas exigen un tiempo mínimo para su dominio efectivo en la situaciones cotidianas de la vida de los niños. En este sentido, los estudios del grupo de Seligman (Jaycox et al, 1994; Gillham et al, 1995; Seligman et al, 1999; Gillham y Reivich, 1999; Spence, Sheffield y Donovan, 2005) revelan que las intervenciones preventivas con niños de 11 años empiezan a mostrarse efectivas a partir de los 13 años cuando empiezan a aumentar las tasas de depresión en la adolescencia (Hankin et al., 1998).

El modesto alivio de la sintomatología depresiva también puede deberse, según algunos autores, a que en la preadolescencia el estilo explicativo no está consolidado sino que es influenciado directamente por los acontecimientos (Turner y Cole, 1994). Además los estudios longitudinales revelan que la interacción de la vulnerabilidad cognitiva con los acontecimientos estresantes emerge entre edades

a partir de los doce años, por lo que en edades inferiores el estilo explicativo no sería un factor de vulnerabilidad para la depresión (Cole et al., 2008). Teniendo en cuenta estos datos parece más conveniente implementar los programas para modificar el estilo explicativo en el primer ciclo de la Educación Secundaria Obligatoria.

También hay que mencionar que por problemas propios de la dinámica escolar no se cumplió la programación temporal acordada y se tuvo que comprimir el calendario de aplicación a la mitad del tiempo inicialmente planeado. Esta circunstancia hizo que el programa coincidiera con las evaluaciones escolares generando dificultades añadidas a los participantes. En este sentido una variable relevante puede ser el espaciamiento de las sesiones, siendo deseable una y no dos a la semana como propone el equipo de Seligman.

Como señalan algunos autores sería también conveniente fortalecer la motivación para involucrarse en el programa (Lowry-Webster, Barret, Lock, 2003). Es importante tratar la implicación de los niños en el curso consiguiendo no solo su aceptación pasiva, sino también un compromiso activo.

Aunque es un estudio piloto el objetivo de la investigación no fue tanto valorar la eficacia del programa como proponer una intervención preventiva inspirada en el PRP con población infantil española. En este sentido se tuvieron en cuenta las sugerencias de los participantes para aumentar la utilidad de la intervención preventiva.

Se llevó a cabo un estudio piloto para valorar un programa cognitivo-conductual como prevención indicada de la depresión infantil. Participaron 25 escolares, de 5° y 6° de Educación Primaria, de edad media 11,12 años, de ambos géneros, de nivel socioeconómico medio-alto y alto, con sintomatología depresiva, que se asignaron aleatoriamente a los grupos experimental y lista de espera. El programa de fomento del optimismo se desarrolló en doce sesiones de dos horas. Sus componentes principales fueron modificación del estilo explicativo y resolución de problemas interpersonales. En el grupo experimental se redujo significativamente la sintomatología depresiva, obteniéndose un tamaño del efecto medio-bajo en consonancia con los resultados de la investigación en este campo. Se discute las implicaciones de estos hallazgos desde la perspectiva de la psicología positiva.

Palabras clave: depresión infantil, estilo explicativo, optimismo, prevención indicada, psicología positiva.

Nota. Los autores desean agradecer al Colegio San Buenaventura de los P.P. Capuchinos de Murcia su colaboración. El estudio ha sido financiado con una Beca-predocctoral de la Universidad de Murcia.

Referencias bibliográficas

- ABELA, J. R. C. & HANKIN, B. L. (2007). *Handbook of depression in children and adolescents*. Nueva York: Guilford Press.
- ABRAMSON, L. Y., SELIGMAN, M. E. P. & TEASDALE, J. (1978) Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- BECK, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nueva York: International Universities Press.
- BECK, A. T., RUSH, A. J., SHAW, B. F. & EMERY, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford Press.
- CALVETE, E., VILLARDÓN, L., ESTÉVEZ, A. & ESPINA, M. (2007). La desesperanza como vulnerabilidad cognitiva al estrés: Adaptación del Cuestionario de Estilo Cognitivo para Adolescentes. *Ansiedad y Estrés*, 13, 215-227.
- COHEN, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2.^a ed). Hillsdale, Nueva Jersey: Erlbaum.
- COLE, D. A., CIESLA, J. A., DALLAIRE, D. H., JACQUEZ, F. M., PINEDA, A. Q., LAGRANGE, B., TRUSS, A. E., FOLMER, A. S., TILGHMAN-OSBORNE, C., & FELTON J. W. (2008). Emergence of attributional style and its relation to depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 117, 1, 16-31.
- COVEY, L. S., GLASSMAN, A. H. & STETNER, F. (1998). Cigarette smoking and major depression. *Journal of Addictive Diseases*, 17, 35-46.
- CUTULI, J. J. (2004). *Preventing externalizing symptoms and related features in adolescence*. Unpublished honors thesis, University of Pennsylvania, Philadelphia, PA.
- CUTULI, J. J., CHAPLIN, T. M., GILLHAM, J. E., REIVICH, K. & SELIGMAN, M. E. P. (2006). *Preventing externalizing symptoms and related features in adolescents*. Manuscript in preparation.
- DOMÈNECH, E. & POLAINO-LORENTE, A. (Eds.) (1990). *Epidemiología de la depresión infantil*. Barcelona: Espaxs.
- DOMÈNECH, E., SUBIRÀ, S. & CUXART, F. (1996). Trastornos del estado de ánimo en la adolescencia temprana. La labilidad afectiva. En J. Buendía (ed.), *Psicopatología en niños y adolescentes: Desarrollos actuales* (pp. 265-277). Madrid: Pirámide.
- ELLIS, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Nueva York: Lyle Stuart.
- GARRISON, C. Z., ADDY, C. L., JACKSON, K. L., MCKEOWN, R. E., & WALLER, J. L. (1991). A longitudinal study of suicidal ideation in young adolescents. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 30, 597-603.
- GILLHAM, J. E., JAYCOX, L. H., REIVICH, K. J., SELIGMAN, M. E. P. & SILVER, T. (1990). *The Penn Resiliency Program*. (Also known as the Penn Depression Prevention Program and the Penn Optimism Program). Unpublished manuscript, University of Pennsylvania.
- GILLHAM, J. E., REIVICH, K. J., JAYCOX, L. H. & SELIGMAN, M. P. E. (1995). Prevention of depressive symptoms in schoolchildren: Two-year followup. *Psychological Science*, 6, 343-351.
- GILLHAM, J. E. & REIVICH, K. J. (1999). Prevention of depressive symptoms in school children: A research update. *Psychological Science*, 10, 461-462.
- GILLHAM, J. E., HAMILTON, J., FRERES, D. R., PATTON, K. & GALLOP, R. (2006). Preventing depression among early adolescents in the primary care setting: A randomized controlled study of the Penn Resiliency Program. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34, 2, 203-219.
- GLADSTONE, T. R. & KASLOW, N. J. (1995). Depression and attributions in children and adolescents: A meta-analytic review. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 597-606.
- GOTLIB, I. H., LEWINSOHN, P. M. & SEELEY, J. R. (1995). Symptoms versus diagnosis of depression: Differences in psychosocial functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 90-100.
- HANKIN, B. L., ABRAMSON, L. Y., MOFFITT, T. E., SILVA, P. A., MC GEE, R. & ANGELL, K. E. (1998). Development of depression from preadolescence to young adulthood: Emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 128-140.
- HANKIN, B. L. & ABRAMSON, L. Y. (2002). Measuring cognitive vulnerability to depression in adolescence: Reliability, validity, and gender differences. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31, 491-504.
- HOROWITZ, J. L. & GARBER, J. (2006). The prevention of depressive symptoms in children and adolescents: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 401-415.
- JAYCOX, L. H., REIVICH, K. J., GILLHAM, J. & SELIGMAN, M. E. P. (1994). Prevention of depressive symptoms in school children. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 801-816.

- KASLOW, N. J., TANNENBAUM, R. L. & SELIGMAN, M. E. P. (1978). *The KASTAN-R: A children's attributional style questionnaire (KASTAN-R-CASQ)*. Unpublished manuscript, University of Pennsylvania.
- KING, M. B., NAZARETH, I., LEVY, G., WALKER, C., MORRIS, R., WEICH, S., BELLÓN-SAAMEÑO, J., MORENO, B., ŠVAB, I., ROTAR, D., RIFEL, J., MAAROOS, H., ALUOJA, A., KALDA, R., NEELEMAN, J., GEERLINGS, M., DE ALMEIDA, X. M., CORREA, B. & TORRES-GONZALEZ, F. (2008). Prevalence of common mental disorders in general practice attendees across Europe: The PREDICT study. *British Journal of Psychiatry*, 192, 362-367.
- LOWRY-WEBSTER, H. M., BARRETT P. M. & LOCK, S. (2003). A universal prevention trial of anxiety symptomatology during childhood: results at 1-year follow-up. *Behaviour Change*, 20, 25-43.
- MELTZER, H., GATWARD, R., GOODMAN, R. & FORD, T. (2000). *The mental health of children and adolescents in Great Britain*. London: The Stationary Office.
- MÉNDEZ, F. X. (1999). *Depresión en la infancia y la adolescencia*. Madrid: Klínic.
- MÉNDEZ, F. X., OLIVARES, J. & ROS, C. M. (2001). Características clínicas y tratamiento de la depresión en la infancia y adolescencia. En V. E. Caballo y M. A. Simón (Eds.), *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente* (pp. 139-185). Madrid: Pirámide.
- MRAZEK, P. J. & HAGGERTY, R. J. (Eds.) (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive research*. Washington, DC: National Academy Press.
- MEZULIS, A. H., HYDE, J. S. & ABRAMSON, L. Y. (2006). The developmental origins of cognitive vulnerability to depression: Temperament, parenting, and negative life events in childhood as contributors to negative cognitive style. *Developmental Psychology*, 42, 1012-1025.
- NOLEN-HOEKSEMA, S., GIRGUS, J. S. & SELIGMAN, M. E. P. (1986). Learned helplessness in children: A longitudinal study of depression, achievement, and explanatory style. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 435-442.
- NOLEN-HOEKSEMA, S., GIRGUS, J. S. & SELIGMAN, M. E. P. (1992). Predictors and consequences of childhood depressive symptoms: A 5-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 405-422.
- ROBINS, C. (1988) Attributions and depression: Why is the literature so inconsistent?. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 880-889.
- SELIGMAN, M. E. P., PETERSON, C., KASLOW, N. J., TANENBAUM, R. L., ALLOY, L. B. & ABRAMSON, L. Y. (1984). Attributional style and depressive symptoms among children. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 235-238.
- SELIGMAN, M. E. P. (1998). *Aprenda optimismo: Haga de la vida una experiencia maravillosa*. Barcelona: Grijalbo. (Original inglés de 1990).
- SELIGMAN, M. E. P., SCHULMAN, B. S., DERUBEIS, R. J. y HOLLON, S. D. (1999). The prevention of depression and anxiety (<http://journals.apa.org/prevention/volume2/pre0020008a.html>).
- SELIGMAN, M. E. P. & CSIKSZENTMIHALYI, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- SELIGMAN, M. E. P., REIVICH, K., JAYCOX, L. & GILLHAM, J. (2005). *Niños optimistas*. Barcelona: Random House Mondadori.
- SPENCE, S. H., SHEFFIELD, J. K. & DONOVAN, C. L. (2005). Long-term outcome of a school-based universal approach to prevention of depression in adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 160-167.
- SWEENET, P., ANDERSON, K. & BAILEY, S. (1986) Attributional style in depression: A meta-analytic review. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 974-991.
- TENEN, H., y HERZBERGER, S. (1986). Attributional Style Questionnaire. En J. Keyser y R. C. Sweetland (Eds.), *Test Critiques*, 4, 20-30.
- THOMPSON, M., KASLOW, N. J., WEISS, B. & NOLEN-HOEKSEMA, S. (1998). Children's Attributional Style Questionnaire-Revised: Psychometric examination. *Psychological Assessment*, 10, 166-170.
- TURNER, J. E. & COLE, D. A. (1994). Development differences in cognitive diatheses for child depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2, 15-32.
- VALLADARES, A., DILLA, T. & SACRISTAN, J. A. (2008) La depresión: una hipoteca social. Últimos avances en el conocimiento del coste de la enfermedad. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36.
- VÁZQUEZ, C. (2006). La psicología positiva en perspectiva. *Papeles del Psicólogo*, 27, 1-2.
- VERA, B. (2006) Psicología positiva: Una nueva forma de entender la psicología. *Papeles del Psicólogo*, 27, 3-8.
- WEISSMAN, M., ORVASCHEL, H. & PADIAN, N. (1980). Children's symptom and social functioning: Self-report scales. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 168, 736-740.