

Evaluación de un programa universal de prevención de la depresión en niños y niñas de educación primaria

Maite Garaigordobil*, Elena Bernaras, y Joana Jaureguizar

Universidad del País Vasco

Resumen: Muchos estudios alertan de prevalencia de la depresión a edades tempranas. Estudios en centros educativos para valorar la depresión severa señalan prevalencias cercanas al 4%, lo que evidencia la necesidad de prevención. El estudio tuvo como objetivo diseñar, aplicar y evaluar los efectos de un programa universal de prevención de la depresión infantil “Pozik-Bizi” (Vivir-Feliz), comparando sus efectos con el programa de tutorías del centro educativo. Se utilizó una muestra de 279 estudiantes de 7 a 10 años del País Vasco (50,9% chicas), 218 fueron asignados aleatoriamente al programa de prevención y 61 a la condición de control. Los participantes cursan 3º y 4º curso de Educación Primaria. Se utilizó un diseño cuasi-experimental de medidas repetidas pretest-postest con grupo de control. Para medir las variables objeto de estudio se utilizaron 7 instrumentos de evaluación. Los resultados evidenciaron que los experimentales significativamente disminuyeron el índice de síntomas emocionales, los síntomas de depresión autoevaluados, así como los problemas emocionales y de conducta valorados por el profesorado; además aumentaron significativamente su nivel de ajuste personal. En conclusión, el programa “Pozik-Bizi” fue eficaz especialmente en variables clínicas. El debate se centra en la eficacia de los programas para la prevención de la depresión infantil.

Palabras clave: Depresión, Infancia, Programa, Prevención, Intervención.

Evaluation of a universal program of prevention of depression in children of primary education.

Abstract: Many studies warn of the prevalence of depression at early ages. Studies in schools to assess severe depression indicate prevalence rates close to 4%, which shows the need for prevention. The study aimed to design, implement, and evaluate the effects of a universal children’s depression prevention program, the “Pozik-Bizi” (Live-Happy), comparing its effects with those of a school tutoring program. We used a sample of 279 students aged 7 to 10 from the Basque Country (50.9% girls), 218 were randomly assigned to the prevention program and 61 to the control condition. The participants were enrolled to 3rd and 4th grade of Primary Education. A quasi-experimental design with repeated pretest-posttest measures and control groups was employed. Seven assessment instruments were used to measure the target variables of the study. The results showed that the experimental group significantly decreased the rate of emotional symptoms, self-reported symptoms of depression, as well as, emotional and behavioral problems as appraised by the teachers; in addition, they significantly increased their level of personal adjustment. In conclusion, the “Pozik-Bizi” program was especially effective in clinical variables. The discussion focuses on the effectiveness of programs for the prevention of childhood depression.

Keywords: Depression, Childhood, Program, Prevention, Intervention.

Se estima que más de 300 millones de personas viven con depresión, lo que supone un incremento de más del 18% en un periodo

de 10 años (2005-2015), siendo el suicidio la segunda causa de muerte en las personas entre 15 y 29 años (WHO, 2015). La depresión constituye un problema de salud pública, siendo la primera causa de discapacidad en el mundo. Por este motivo el tratamiento de la depresión junto con otros trastornos graves de

Recibido: 20/12/2018 - Aceptado: 02/01/2019 - Avance online: 18/01/2019

*Correspondencia: Maite Garaigordobil.

Universidad del País Vasco.

C.P.: 20018, San Sebastián, España.

E-mail: maite.garaigordobil@ehu.eus

salud mental aparece recogido como uno de los objetivos para la implementación del Plan de Acción de salud mental comprehensiva 2013-2020 de la OMS que fue aprobado durante la 66^o Asamblea Mundial de la Salud (WHO, 2017).

Los problemas emocionales en la infancia suponen una preocupación y un reto para familias, educadores y profesionales de la salud, ocupando un lugar destacado en las investigaciones sobre trastornos psicopatológicos en niños. De hecho, la depresión, junto a la ansiedad, constituye uno de los trastornos de salud mental más comunes en niños y adolescentes (Rooney, Hassan, Kane, Roberts, y Nesa, 2013).

Cuando se intenta precisar qué se entiende por depresión infantil y adolescente hay que tener en cuenta que en el manual diagnóstico DSM-V (APA, 2013) la depresión es considerada como un trastorno adulto, con una leve alusión a la depresión infantil en donde la tristeza puede ser reemplazada por la irritación. Desde la complejidad para definir la depresión infantil/adolescente, Del Barrio (2015) propone una definición desde la que entiende la depresión como un cambio persistente en la conducta consistente en el descenso de la capacidad de disfrutar de los acontecimientos, comunicar con los demás, rendir escolarmente, con presentación de alteraciones de funciones corporales y frecuentemente acompañada de acciones plurales de protesta.

Muchos estudios alertan de la alta prevalencia de la depresión a edades tempranas. Investigaciones con población infantil de centros educativos que utilizan autoinformes para valorar la depresión severa, señalan tasas de prevalencia del 4% en España o Turquía, 6% en Finlandia, 8% en Grecia, 10% en Australia o 25% en Colombia (Jaureguizar, Bernarás, y Garaigordobil, 2017). La probabilidad de inicio de los trastornos depresivos aumenta notablemente en la pubertad, pero puede producirse a cualquier edad. Estudios previos indican que el comienzo de los trastornos depresivos mayores suele producirse entre los 11-12 años de edad, aunque el inicio de la

sintomatología depresiva se observa hacia los 7-8 años (Whalen et al., 2016).

Los trastornos emocionales en la infancia pueden influir de forma importante en el desarrollo integral de los niños, ya que estos trastornos afectan a todas las áreas del funcionamiento humano (cognitivo, emocional, somático y comportamental). Además, cuando ocurren en la infancia/adolescencia suelen ir asociados a consecuencias negativas (bajo rendimiento académico, problemas de relaciones familiares y sociales, problemas de salud, tentativas de suicidio, suicidio consumado...). No hay que olvidar el riesgo de suicidio que comporta la depresión (American Psychiatric Association APA, 2013). Los estudios indican que la ideación suicida varía con la edad, hallándose porcentajes de hasta el 16% en alumnado de 6-12 años (Kovess-Masfety et al., 2015).

Tanto los datos de prevalencia de la depresión infantil como sus graves consecuencias evidencian la necesidad de prevención en etapas tempranas, con la finalidad de frenar los síntomas depresivos iniciales que posteriormente pueden estructurar cuadros depresivos severos. Esta situación requiere identificar los síntomas depresivos tempranamente e implementar programas preventivos de los trastornos emocionales en los primeros años de vida. Estos programas podrían, entre otras cuestiones, enseñar a niños/adolescentes formas adaptativas de enfrentarse a los problemas, al malestar, y evitar conductas irreversibles (suicidio).

Para entender mejor los trastornos depresivos en la infancia algunos estudios han identificado factores protectores y de riesgo. Una reciente investigación (Garaigordobil, Bernarás, Jaureguizar, y Machimbarrena, 2017), evidenció cuatro predictores de depresión infantil: alto desajuste clínico, bajo autoconcepto global, alto nivel de estrés, y pocas habilidades sociales. En la misma dirección Katz, Conway, Hammen, Brennan, y Najman (2011) encontraron una conexión del aislamiento social en la infancia con síntomas y trastornos depresivos posteriores. Estos

datos son de gran utilidad para el diseño de programas universales de prevención de la depresión infantil.

La OMS (WHO, 2017) afirma que la depresión ha aumentado en los últimos años y recomienda llevar a cabo políticas preventivas que reduzcan las tasas de depresión. Asimismo, afirma que entre las estrategias comunitarias eficaces para prevenir la depresión se encuentran los programas escolares. Los programas “universales” de prevención de la depresión infantil se desarrollan en el ámbito escolar con todo el alumnado, y están encaminados a fortalecer la salud mental y desarrollar la resiliencia.

Revisiones y meta-análisis realizados sobre programas universales de prevención de la depresión en la infancia y adolescencia (Calear y Christensen, 2010; Corrieri et al., 2014; Werner-Seidler Seidler, Calear, Newby, y Christensen, 2017), concluyen que: La evaluación de los efectos pretest-postest de estos programas suelen tener tamaños del efecto bastante bajos; Los programas desarrollados por personal externo al centro escolar (psicólogos, investigadores...) muestran mayores efectos que los desarrollados por el profesorado; No se hallan diferencias significativas en función del tipo de grupo de control utilizado; y No se constatan diferencias significativas en función del tipo de intervención realizada,- terapia cognitivo-conductual frente a otro tipo de intervenciones (psicoeducativa, terapia interpersonal...)-, aunque estudios recientes (Mariana, Gálvez-Lara, y Corpas, 2017) encuentran mayor eficacia de las intervenciones cognitivo-conductuales. Además, pocos estudios incluyen fase de seguimiento. Una de las críticas más habituales de los programas de prevención universales es su pequeño tamaño del efecto, pero en el ámbito de la prevención, un pequeño tamaño del efecto puede ir asociado a repercusiones positivas en la población (Stockings et al., 2016).

Existen pocos programas universales de prevención de la depresión infantil para edades tempranas, ya que suelen ir dirigidos

principalmente a población adolescente. En la revisión realizada para este trabajo se han identificado 4 programas para estudiantes de 8-12 años: Penn Resiliency Program (PRP) (Gillham, Jaycox, Reivich, Seligman, y Silver, 1990) el cual contiene: reestructuración cognitiva, estrategias de afrontamiento desadaptativas, estilos atributivos, asertividad, negociación, relajación, toma de decisiones, habilidades sociales. Algunos estudios han encontrado que PRP reduce significativamente los niveles de depresión, ansiedad y problemas de conducta, potenciando bienestar y optimismo (Cardemil, Reivich, Beevers, Seligman, y James, 2007; Chaplin et al., 2006; Gillham, Reivich, Jaycox, y Seligman, 1995; Gillham, Hamilton, Freres, Patton, y Gallop, 2006); FRIENDS (Barrett y Turner, 2001) con los siguientes contenidos: emociones propias y ajenas, relajación, intentar hacer lo mejor posible, planificar pasos, cuidado del tiempo para divertirnos juntos, habilidades con amigos y familiares, ser feliz... Los estudios indican una reducción de la ansiedad, aunque los resultados en la disminución de la depresión son más limitados, con pequeños tamaños del efecto (Barrett y Turner, 2001; Lock y Barrett, 2003; Lowry-Webster, Barrett, y Dadds, 2001); Aussie Optimism Program (Rooney et al., 2000) cuyos principales contenidos son: identificar creencias negativas sobre uno mismo, sobre circunstancias presentes y futuras, identificar y regular emociones, realizar actividades placenteras, analizar situaciones que provocan temor o miedo y aprender a relajarse. Resultados han mostrado una significativa reducción de los niveles de depresión y un aumento de las atribuciones positivas de causalidad. Sin embargo, los resultados no se mantuvieron a largo plazo (Rooney et al., 2006); y FORTIUS (Méndez, Llavona, Espada, y Orgilés, 2013) con los siguientes contenidos: comprensión y control de emociones negativas, habilidades sociales, detección y reestructuración de pensamientos negativos, resolución de problemas, toma de decisiones y autoinstrucciones positivas. No se hallaron diferencias significativas en el postest

en depresión, aunque en el seguimiento, 12 meses después sí se hallaron diferencias aunque solo en las chicas (Orenes, 2015). Como se puede observar, se trata de programas de orientación cognitivo-conductual, con un número de sesiones entre 8 y 15, y con resultados desiguales.

Con esta contextualización, el estudio tuvo como objetivo diseñar y evaluar los efectos de un programa universal de prevención de la depresión infantil "Pozik-Bizi" (Vivir-Feliz) comparando su eficacia con un programa de tutorías estándar. Con este objetivo se hipotetiza que el programa "Pozik Bizi" comparado con el programa de tutorías fomentará significativamente una mayor disminución en variables clínicas (síntomas depresivos, problemas emocionales y de conducta...).

MÉTODO

PARTICIPANTES

El estudio se realizó con una muestra de 279 estudiantes de 7 a 10 años, 137 chicos (49,1%) y 142 chicas (50,9%), de los cuales, 218 (78,1%) fueron asignados aleatoriamente al programa específico de depresión ("Pozik-Bizi") y 61 (21,9%) a la condición de control. Los participantes están inscritos en centros educativos del País Vasco, 138 cursan 3º (49,5%) y 141 estudian 4º (50,5%) curso de Educación Primaria. La muestra fue seleccionada intencionalmente de las escuelas de Gipuzkoa.

DISEÑO Y PROCEDIMIENTO

Para evidenciar el efecto del programa "Pozik-Bizi" se utilizó un diseño cuasi-experimental de medidas repetidas pretest-postest. Primero se envió una carta a los centros educativos seleccionados explicando la investigación e invitando a colaborar. A los que aceptaron participar, se les explicó el proyecto y se entregaron los consentimientos informados para los padres. Al inicio de curso escolar se realizó la evaluación pretest. Miembros del equipo investigador se desplazaron a los centros para administrar a los estudiantes 5 instrumentos de evaluación. Los profesores cumplimentaron 2 (CDS-T, SPECI) (ver Tabla 1). La asignación de los grupos-aulas a la condición experimental y control fue aleatoria. Los experimentales realizaron 18 sesiones del programa "Pozik-Bizi" mientras que los de control hicieron el programa habitual de tutorías. Al finalizar el curso, en la fase posttest se administraron los mismos instrumentos que en el pretest. Con el grupo experimental se realizó una fase de seguimiento 6 meses después de finalizar el programa, aplicando la misma batería de instrumentos de evaluación. El estudio fue evaluado favorablemente por el Comité de Ética de la Universidad del País Vasco (CEISH/266MR/2014).

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Para medir las variables objeto de estudio se administraron 7 instrumentos de evaluación con garantías psicométricas de fiabilidad y validez (ver Tabla 1).

Tabla 1
Instrumentos de evaluación, variables evaluadas, tarea y datos psicométricos

Instrumentos	Variables	Tarea	Fiabilidad
CDS-Autoevaluación. Cuestionario de Depresión para niños (Lang y Tisher, 1978; adap. Seisdedos 2003)	Síntomas de Depresión	Autoinforme. 66 afirmaciones (p.e. "a menudo pienso que nadie se preocupa por mí"). Se valoran en una escala de 1 a 5 en función del grado de acuerdo con el contenido de la frase (1=muy en desacuerdo a 5=muy de acuerdo).	$\alpha = .88$
CDS-T. Children's Depression Scale-Teacher. (Lang y Tisher, 2004; Tisher, 1995)	Total Depresivo Total Positivo	10 ítems extraídos de la escala original CDS. El profesor debe valorar respecto a cada estudiante el grado de acuerdo con las afirmaciones en una escala de 1 a 5 (1=muy en desacuerdo a 5=muy de acuerdo).	Positivo $\alpha = .70$; Negativo $\alpha = .93$.

Tabla 1 (Continuación)
Instrumentos de evaluación, variables evaluadas, tarea y datos psicométricos

Instrumentos	Variables	Tarea	Fiabilidad
BASC-S2. Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes (Reynolds y Kamphaus, 1992; adapt. González, Fernández, Pérez, y Santamaría, 2004)	Desajuste Clínico Desajuste Escolar Ajuste Personal Índice Síntomas Emocionales	Autoinforme. 146 enunciados de conductas adaptativas (p.e. "Mis padres se sienten con frecuencia orgullosos de mí") y síntomas clínicos (p.e. "A menudo tengo pesadillas"). Debe indicar en qué medida puede autoaplicarse el contenido de las afirmaciones con una escala de Verdadero-Falso.	$\alpha = .92$
SPECI. Screening de Problemas Emocionales y de Conducta Infantil (Garaigordobil y Maganto, 2012)	Problemas Internalizantes Problemas Externalizantes Problemas emocionales y de conducta (PEC)	El profesor evalúa 10 PEC o categorías diagnósticas a través de una serie de ejemplos ilustrativos del problema (p.e., "Retraimiento: Se muestra retraído e inhibido, prefiere estar solo y parece aislado; es poco activo y reservado en su relación con los demás"). Valora con qué frecuencia observa esas conductas en el estudiante (0=nada, 1=bastante, 2=mucho).	$\alpha = .89$
CAG. Cuestionario de Autoconcepto (García, 2001)	Autoconcepto Global	Autoinforme. 48 afirmaciones relacionadas con seis dimensiones del autoconcepto (p.e. "Me gusta ser como soy"). Debe informar en qué medida se puede autoaplicar el contenido de las frases (de 1 =nunca, 2=pocas veces, 3=no sabría decir, 4=muchas veces, 5=siempre).	$\alpha = .74$
RSCA. The Resiliency Scales for children and adolescents (Escala de Resiliencia) (Prince-Embury, 2008)	Sentido de competencia. Sentido de afiliación. Reactividad emocional.	Autoinforme. 64 afirmaciones (p.e. "Puedo adaptarme cuando cambian los planes"). Debe responder sobre la frecuencia con la que se tiene ese pensamiento, sentimiento o conducta (0=Nunca, 1=Raramente, 2=A veces, 3=A menudo, 4=Casi siempre).	Competencia ($\alpha = .84$); Afiliación ($\alpha = .89$); Reactividad ($\alpha = .92$).
SSiS. Social Skills Improvement System (Sistema de Mejora de Habilidades Sociales) (Gresham y Elliot, 2008)	Habilidades Sociales. Comportamientos Problemáticos.	Autoinforme. 75 ítems (p.e. "Pido información cuando la necesito"). Debe mostrar su grado de acuerdo con el contenido, mediante cuatro opciones de respuesta: N=No es cierto, P=Poco cierto, B=Bastante cierto, M=Muy cierto).	$\alpha = .98$ to $.99$

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

"Pozik-Bizi" (Vivir Feliz) es un programa para la mejora de las emociones y los síntomas depresivos en niños de 8 a 10 años (Bernarás, Jaureguizar, y Garaigordobil, 2015). El programa de enfoque cognitivo-conductual tiene tres objetivos: Mejorar las relaciones intragrupo y reducir el estrés social; Identificar, entender y regular las emociones y pensamientos negativos, fortaleciendo los positivos; y Mejorar las habilidades de los estudiantes para disminuir su ansiedad y sentimientos de incapacidad, aumentando su confianza. El programa consiste en administrar 18 sesiones que presentan la siguiente estructura: se exponen los objetivos,

se describe la actividad, se desarrolla, y después se reflexiona sobre lo acontecido en la misma. Las sesiones semanales son dirigidas por el profesorado. Las técnicas utilizadas son variadas: ejercicios de reflexión individual/grupal, representaciones, inventar historias, lectura de relatos con moraleja, explicaciones del profesorado para identificar, reflexionar y profundizar en determinados conceptos (pensamientos negativos o positivos y las consecuencias de los mismos, emociones, miedo o ansiedad...); ejercicios de relajación...

A modo de ejemplo, en la actividad "Emociones", primero se reparte una ficha en la que aparecen varias emociones (miedo, tristeza, ira, asco, sorpresa, felicidad...) y en gran grupo analizan qué se siente ante estas emociones,

cuando se sienten y cuál es su función. Después se forman equipos, cada equipo recibe una emoción y deben representar una situación en la que hayan sentido esa emoción y una respuesta para afrontarla. Al final se realiza una reflexión sobre las emociones representadas y la forma de afrontarlas positivamente.

ANÁLISIS DE DATOS

Con la finalidad de analizar si en el grupo experimental se evidenciaron cambios significativos pretest-posttest positivos por efecto del programa "Pozik Bizi" (Vivir Feliz) y si estos cambios se mantenían en el seguimiento (6 meses después), se realizaron análisis descriptivos (medias y desviaciones típicas en la fase pretest, y de la diferencia de medias pretest-posttest y pretest-seguimiento), así como análisis de varianza de las diferencias pretest-posttest y pretest-seguimiento.

En segundo lugar, para comparar el cambio en ambas condiciones (experimental/control), se llevó a cabo un análisis multivariado de covarianza (MANCOVA) con las diferencias pretest-posttest obtenidas en todas las variables objeto de estudio (covariando las puntuaciones pretest). Además, se realizaron análisis descriptivos (medias y desviaciones típicas) con los datos recogidos en todas las variables en los participantes experimentales y control en la fase pretest y posttest, así como análisis de covarianza (ANCOVAs) de las diferencias pretest-posttest (covariando el pretest) y del tamaño del efecto (d de Cohen).

RESULTADOS

CAMBIOS PRETEST-POSTEST-SEGUIMIENTO EN LOS EXPERIMENTALES (PROGRAMA "POZIK BIZI")

Los resultados de los análisis de varianza intragrupo pretest-posttest y pretest-seguimiento (ver Tabla 2) evidenciaron que aquellos participantes que realizaron el programa "Pozik-Bizi" significativamente disminuyeron el nivel de desajuste clínico (ansiedad, atipicidad, locus de control externo), el

índice de síntomas emocionales (ansiedad, relaciones interpersonales negativas, baja autoestima, estrés social, tristeza-soledad, sentido de incapacidad), los síntomas depresivos autoevaluados y evaluados por los profesores (tristeza, pesimismo, preocupación por la muerte, sentimientos de culpabilidad, baja autoestima, dificultades sociales...), comportamientos problemáticos (externalizantes -conducta agresiva física y verbal-, bullying -conductas agresivas hacia los iguales, inatención-hiperactividad -distrarse con facilidad, impulsividad, exceso de actividad, e internalizantes -ansiedad, tristeza, soledad); y tendencialmente problemas emocionales y de conducta (retraimiento, somatización, ansiedad, problemas de pensamiento, depresión, conducta infantil-dependiente, atención-hiperactividad, rendimiento académico, conducta perturbadora, conducta violenta). Además, aumentaron significativamente su ajuste personal (relaciones interpersonales, relaciones con los padres, confianza en sí mismos, autoestima), su autoconcepto (físico, social, intelectual, familiar...); su sentido de competencia (optimismo, auto-eficacia, adaptabilidad), y afiliación (confianza en los demás, percepción de apoyo social ante una situación de adversidad, confort o comodidad con los otros, y tolerancia o creencia que puede expresar sus diferencias dentro de una relación) relacionado con la resiliencia ante situaciones difíciles/problemáticas.

COMPARACIÓN DEL CAMBIO PRETEST-POSTEST EN EXPERIMENTALES (POZIK BIZI) Y CONTROL (TUTORÍAS)

Al comparar el cambio producido por el programa de prevención de la depresión y el cambio fomentado por el programa de tutorías, los resultados del MANCOVA realizado con las diferencias pretest-posttest de todas las variables en su conjunto (covariando el pretest), Lambda de Wilks, $\Lambda=0,679$, $F(45, 129)=1,35$ $p=.090$, no muestran diferencias significativas entre experimentales y control en el cambio pretest-

Tabla 2

Análisis Intragrupo: Medias, desviaciones típicas en todas las variables en los participantes experimentales en la fase pretest, en la diferencia pretest-posttest, pretest-seguimiento, y resultados del MANOVA pretest-posttest, y pretest-seguimiento

	Pretest		Pretest/ Posttest		Pretest/ Seguimiento		Manova Pretest-Posttest				Manova Pretest- Seguimiento			
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>DM</i>	<i>DT</i>	<i>DM</i>	<i>DT</i>	λ	<i>F</i> (1,216)	<i>p</i>	<i>Eta</i>	λ	<i>F</i> (1,207)	<i>p</i>	<i>Eta</i>
BASC.Desajuste clínico	141,60	24,61	-5,25	21,89	-9,76	23,07	.945	11,95	.001	.055	.848	37,24	.000	.152
BASC.Desajuste escolar	97,76	14,49	-0,60	14,43	1,49	16,19	.998	0,37	.545	.002	.999	1,75	.187	.008
BASC. Ajuste personal	198,10	27,06	3,84	26,70	7,73	26,26	.980	4,30	.039	.020	.920	18,02	.000	.080
BASC. Índice Síntomas emocionales	285,59	40,18	-5,08	36,55	-12,85	36,11	.981	4,01	.046	.019	.887	26,34	.000	.113
CDS. Autoevaluación Depresivo Global	134,77	31,30	-11,79	31,62	-18,53	30,76	.877	29,32	.000	.123	.733	75,14	.000	.267
CDS. Profes. Total Depresivo	13,14	5,45	-0,66	3,78	-1,68	6,33	.970	6,47	.012	.030	.934	14,48	.000	.066
CDS Profes. Total Positivo	11,61	2,23	0,22	2,05	0,21	2,38	.988	2,47	.117	.012	.992	1,58	.209	.008
SPECI. P. Internalizantes	0,57	1,13	-0,12	1,21	-0,04	0,09	.991	1,92	.168	.009	.999	0,18	.665	.001
SPECI. P. Externalizantes	0,45	0,98	-0,09	0,88	-0,07	0,06	.989	2,57	.135	.011	.989	2,17	.142	.011
SPECI. Problemas Total	1,02	1,70	-0,21	1,61	-0,11	0,11	.983	3,49	.063	.017	.995	0,93	.334	.005
CAG. Autoconcepto total	187,37	20,86	2,84	17,61	7,92	19,12	.974	5,53	.020	.026	.853	35,66	.000	.147
RSCA. Competencia	57,89	10,77	1,79	11,07	2,46	11,50	.972	5,96	.015	.028	.956	9,42	.002	.044
RSCA. Afiliación	75,28	13,20	2,58	12,24	4,33	12,47	.963	7,92	.005	.037	.895	23,89	.000	.104
RSCA.Reactividad emocional	21,51	15,61	-1,20	15,52	-2,14	16,84	.995	1,09	.298	.005	.984	3,29	.071	.016
SSIS.Habilidades Sociales	109,89	15,91	-1,96	15,75	-1,26	15,60	.985	3,16	.077	.015	.993	1,35	.246	.007
SSIS. Comportamientos Problemáticos	20,28	11,87	-3,58	12,38	-3,75	11,49	.921	17,94	.000	.079	.904	21,93	.000	.096

= Lambda de Wilks; DM = Diferencia de medias.

posttest, siendo el tamaño del efecto moderado ($\eta^2=0,321$; $r=0,56$). Así, tomadas todas las variables en su conjunto globalmente no se hayan diferencias significativas entre ambas condiciones, aunque los ANCOVAs pretest-posttest sí evidencian diferencias en algunas variables clínicas (ver Tablas 3 y 4).

Como se puede observar, los ANCOVAs

pretest-posttest (ver Tablas 3 y 4) confirmaron que los que realizaron "Pozik Bizi" significativamente disminuyeron en el índice de síntomas emocionales (ansiedad, relaciones interpersonales negativas, baja autoestima, estrés social, tristeza-soledad, sentido de incapacidad), en los síntomas de depresión autoevaluados (tristeza, pesimismo,

Tabla 3
Medias y desviaciones típicas en todas las variables en experimentales y control en la fase pretest, posttest y en la diferencia pretest-posttest

	Pretest				Posttest				Pretest-Posttest			
	Experimental		Control		Experimental		Control		Experimental		Control	
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>DM</i>	<i>DT</i>	<i>DM</i>	<i>DT</i>
BASC. Desajuste clínico	141,60	24,61	153,37	26,58	136,72	23,70	144,27	28,75	-5,25	21,89	-8,76	26,45
BASC. Desajuste escolar	97,76	14,49	101,65	13,20	97,10	15,75	102,77	17,93	-0,60	14,43	0,46	14,36
BASC. Ajuste personal	198,11	27,06	194,90	30,60	201,86	28,74	180,18	42,95	3,84	26,70	-13,69	40,56
BASC. Índice de síntomas emocionales	285,59	40,18	301,72	42,77	281,12	38,96	306,60	59,64	-5,08	36,55	4,69	54,24
CDS Autoeval. Depresivo Global	134,77	31,30	150,68	38,68	123,18	32,75	144,05	42,74	-11,79	31,62	-6,78	33,97
CDS Profesores. Total depresivo	13,14	5,45	12,74	5,99	12,45	4,36	12,26	5,32	-0,66	3,78	0,41	5,08
CDS Profesores. Total positivo	11,61	2,23	11,57	2,07	11,82	1,83	11,82	2,10	0,22	2,05	0,09	1,58
SPECI. Problemas Internalizantes	0,57	1,13	0,90	1,60	0,46	0,76	1,16	2,03	-0,12	1,21	0,24	0,98
SPECI. Problemas Externalizantes	0,45	0,98	0,57	1,04	0,37	0,76	0,97	1,77	-0,09	0,88	0,36	0,97
SPECI. Problemas Total	1,02	1,70	1,48	2,46	0,83	1,18	2,13	3,52	-0,21	1,61	0,59	1,47
CAG. Autoconcepto total	187,37	20,88	190,85	22,98	190,27	19,41	192,43	24,06	2,84	17,61	1,65	20,14
RSCA. Sentido de competencia	57,89	10,77	56,16	11,97	59,80	9,96	59,92	13,01	1,79	11,07	3,83	11,77
RSCA. Sentido de afiliación	75,28	13,20	73,31	15,66	77,93	12,00	76,59	14,84	2,58	12,24	3,85	17,54
RSCA. Reactividad emocional	21,51	15,62	23,72	12,52	20,58	13,67	23,11	17,43	-1,20	15,52	-0,59	16,49
SSIS. Habilidades Sociales	109,89	15,91	111,42	15,08	107,96	15,24	109,42	16,03	-1,96	15,75	-1,85	12,99
SSIS. Comportamientos Problemáticos	20,28	11,87	24,85	13,97	16,71	10,39	18,48	14,03	-3,58	12,38	-6,03	12,34

DM = Diferencia de medias.

preocupación por la muerte, sentimientos de culpabilidad, baja autoestima, dificultades sociales...), así como en los problemas emocionales y de conducta evaluados por los profesores (retraimiento, somatización, ansiedad, problemas de pensamiento, depresión, conducta infantil-dependiente, atención-hiperactividad, rendimiento académico, conducta perturbadora, conducta violenta); además los experimentales aumentaron significativamente su nivel de ajuste personal (relaciones interpersonales, relaciones con los padres, confianza en sí mismos, autoestima). No obstante, en general, los tamaños del efecto en estas variables fueron pequeños.

DISCUSIÓN

Los resultados de los análisis de varianza intergrupos mostraron que al comparar el cambio que se produjo en los experimentales como efecto del programa "Pozik-Bizi", con el que se produjo en el grupo de control (tutorías), los experimentales significativamente, disminuyeron el índice de síntomas emocionales, los síntomas de depresión autoevaluados, así como los problemas emocionales y de conducta (internalizantes y externalizantes) evaluados por los profesores; además los experimentales aumentaron significativamente su nivel de ajuste personal.

Tabla 4
Análisis de covarianza de las diferencias pretest-posttest entre experimentales-control y tamaño del efecto (d de Cohen)

	<i>Ancova Pretest-Posttest</i>		
	F(1, 277)	p	d
BASC. Desajuste clínico	0,20	.655	0,14
BASC. Desajuste escolar	1,37	.241	-0,07
BASC. Ajuste personal	16,57	.000	0,51
BASC. Índice de síntomas emocionales	7,94	.005	-0,21
CDS Autoevaluación. Depresivo Global	6,83	.009	-0,15
CDS Profesores. Total depresivo	1,42	.234	-0,24
CDS Profesores. Total positivo	0,04	.825	0,07
SPECI. Problemas Internalizantes	10,31	.001	-0,33
SPECI. Problemas Externalizantes	13,29	.001	-0,49
SPECI. Problemas Puntuación total	17,40	.000	-0,52
CAG. Autoconcepto total	0,01	.948	0,06
RSCA. Sentido de competencia	0,55	.457	-0,18
RSCA. Sentido de afiliación	0,01	.940	-0,08
RSCA. Reactividad emocional	1,39	.238	-0,04
SSiS. Habilidades Sociales	0,50	.479	-0,01
SSiS. Comportamientos problemáticos	0,10	.749	0,20

En conclusión, el programa “Pozik-Bizi” fue eficaz especialmente en variables clínicas, lo que ratifica la hipótesis. Estos resultados, muestran los positivos efectos de un programa para prevenir la depresión infantil, y apuntan en la dirección de otros estudios que han evaluado programas universales hallando una reducción de la depresión, la ansiedad, de problemas de conducta, y un aumento del bienestar y optimismo (Barrett y Turner, 2001; Cardemil et al., 2007; Chaplin et al., 2006; Gillham et al., 1995; Lock y Barrett, 2003; Lowry-Webster et al., 2001; Rooney et al., 2006).

Teniendo en cuenta que existen pocos programas universales de prevención de la

sintomatología depresiva centrados en edades tempranas, este trabajo aporta un programa para prevenir la depresión infantil que se ha demostrado eficaz en la reducción de síntomas clínicos. Como limitaciones del estudio cabe destacar el bajo tamaño del efecto en todas las variables evaluadas y la ausencia de seguimiento en los de control para valorar el mantenimiento de los efectos desde la comparación intergrupos. No obstante, el bajo tamaño del efecto es un resultado frecuente en los estudios que evalúan programas universales de depresión infantil aplicados en la escuela.

Futuros estudios podrían analizar qué componentes del programa son los

más efectivos, teniendo en cuenta las variables mediadoras (habilidades sociales, autoconcepto...) y las variables moduladoras (sexo, clase social...) de la depresión. A modo de conclusión se puede enfatizar la necesidad de invertir en programas de prevención de los trastornos emocionales en la infancia y adolescencia en el ámbito español, dada la escasez de los mismos.

• **Agradecimientos.**

El estudio ha sido financiado por la Fundación ALICIA KOPLOWITZ (FP15/62).

• **Conflicto de intereses.**

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association APA (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Barrett, P., y Turner, C. (2001). Prevention of anxiety symptoms in primary school children: preliminary results from a universal school-based trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 399-410. doi: [10.1348/014466501163887](https://doi.org/10.1348/014466501163887)
- Bernarás, E., Jaureguizar, J., y Garaigordobil, M. (2015). El programa "Pozik-Bizi" (Vivir Feliz): Programa para mejorar las emociones y síntomas depresivos en niños de 8 a 10 años. Material no publicado.
- Calear, A. L., y Christensen, H. (2010). Systematic review of school-based prevention and early intervention programs for depression. *Journal of Adolescence*, 33, 429-438. doi: [10.1016/j.adolescence.2009.07.004](https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2009.07.004)
- Cardemil, E. V., Reivich, K. J., Beevers, C. G., Seligman, M. E. P., y James, J. (2007). The prevention of depressive symptoms in low-income, minority children: two year follow-up. *Behavior Research and Therapy*, 45, 313-327. doi: [10.1016/j.brat.2006.03.010](https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.03.010)
- Chaplin, T. M., Gillham, J. E., Reivich, K., Elkon, A. G. L., Samuels, B., Freres, D. R., ... Seligman, M. E. P. (2006). Depression prevention for early adolescent girls: A pilot study of all girls versus co-ed groups. *Journal of Early Adolescence*, 26, 110-126. doi: [10.1177/0272431605282655](https://doi.org/10.1177/0272431605282655)
- Corrieri, S., Heider, D., Conrad, I., Blume, A., König, H. H., y Riedel-Heller, S.G. (2014). School-based prevention programs for depression and anxiety in adolescence: A systematic review. *Health Promotion International*, 29(3), 427-441. doi: [10.1093/heapro/dat001](https://doi.org/10.1093/heapro/dat001)
- Del Barrio, V. (2015). Los trastornos depresivos y sus tratamientos. En R. González e I. Montoya-Castilla (Eds.), *Psicología clínica infanto-juvenil* (pp. 295-326). Madrid: Pirámide.
- Garaigordobil, M., Bernarás, E., Jaureguizar, J., y Machimbarrena, J.M. (2017). Childhood Depression: relation to adaptive, clinical and predictor variables. *Frontiers in Psychology*, 8, 821. doi: [10.3389/fpsyg.2017.00821](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00821)
- Garaigordobil, M., y Maganto, C. (2012). *SPECI: Screening de problemas emocionales y de conducta infantil*. Madrid: TEA.
- García, B. (2001). *CAG. Cuestionario de Autoconcepto*. Madrid: EOS.
- Gillham, J. E., Hamilton, J., Freres, D. R., Patton, K., y Gallop, R. (2006). Preventing depression among early adolescents in the primary care setting: A randomized controlled study of the Penn Resiliency Program. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34, 203-219. doi: [10.1007/s10802-005-9014-7](https://doi.org/10.1007/s10802-005-9014-7)
- Gillham, J. E., Jaycox, L. H., Reivich, K. J., Seligman, M. E. P., y Silver, T. (1990). *The Penn Resiliency Program*. Unpublished manuscript, University of Pennsylvania.
- Gillham, J. E., Reivich, K. J., Jaycox, L. H., y Seligman, M. E. P. (1995). Prevention of depressive symptoms in schoolchildren: Two-year follow-up. *Psychological Science*, 6, 343-351. doi: [10.1111/j.1467-9280.1995.tb00524.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.1995.tb00524.x)
- González, J., Fernández, S., Pérez, E., y Santamaría, P. (2004). *BASC. Sistema de evaluación de la conducta en niños y adolescentes (adaptación española)*. Madrid: TEA.
- Gresham, F. M., y Elliott, S. N. (2008). *Social Skills Improvement System Rating Scales*

- manual. Minneapolis, MN: Pearson.
- Jaureguizar, J., Bernaras, E., y Garaigordobil, M. (2017). Child depression: prevalence and comparison between self-reports and teacher reports. *Spanish Journal of Psychology*, 20, E17. doi: [10.1017/sjp.2017.14](https://doi.org/10.1017/sjp.2017.14)
- Katz, S. J., Conway, C. C., Hammen, C. L., Brennan, P. A., y Najman, J. M. (2011). Childhood social withdrawal, interpersonal impairment, and young adult depression: a mediational model. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39, 1227-1238. doi: [10.1007/s10802-011-9537-z](https://doi.org/10.1007/s10802-011-9537-z)
- Kovess-Masfety, V., Pilowsky, D. J., Goelitz, D., Kuijpers, R., Otten, R., Moro M. F... Carta, M. G. (2015). Suicidal ideation and mental health disorders in young school children across Europe. *Journal of Affective Disorders*, 177, 28-35. doi: [10.1016/j.jad.2015.02.008](https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.02.008)
- Lang, M., y Tisher M. (2004). *Children's Depression Scale. Third research edition*. Camberbell, Victoria, Australia: Australian Council for Educational Research.
- Lang, M., y Tisher, M. (1978). *Children's Depression Scale*. Camberbell, Victoria, Australia: Australian Council for Educational Research.
- Lock, S., y Barrett, P. M. (2003). A longitudinal study of developmental differences in universal preventive intervention for child anxiety. *Behaviour Change*, 20(4), 183-199. doi: [10.1375/behc.20.4.183.29383](https://doi.org/10.1375/behc.20.4.183.29383)
- Lowry-Webster, H., Barrett, P. M., y Dadds, M. R. (2001). A universal prevention trial of anxiety and depressive symptomatology in childhood: Preliminary data from an Australian study. *Behaviour Change*, 18, 36-50. doi: [10.1375/behc.18.1.36](https://doi.org/10.1375/behc.18.1.36)
- Méndez, F. X., Llavona, L. M., Espada, J. P., y Orgilés, M. (2013). *Programa FORTIUS. Fortaleza psicológica y prevención de las dificultades emocionales*. Madrid: Pirámide.
- Moriana, J. A., Gálvez-Lara, M., y Corpas, J. (2017). Psychological treatments for mental disorders in adults: A review of the evidence of leading international organizations. *Clinical Psychology Review*, 54, 29-43. doi: [10.1016/j.cpr.2017.03.008](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.03.008)
- Orenes, A. M. (2015). *Evaluación de la ansiedad por separación y prevención escolar de las dificultades emocionales*. Tesis Doctoral. Universidad de Murcia.
- Prince-Embury, S. (2008). *Resiliency Scales for Children & Adolescents (RSCA)*. San Antonio: Pearson.
- Reynolds, C. R., y Kamphaus, R. W. (1992). *Behaviour assessment system for children (BASC)*. Circle Pines, MN: American Guidance Services.
- Rooney, R., Hassan, S., Kane, R., Roberts, C. M., y Nesa, M. (2013). Reducing depression in 9-10 year old children in low SES schools: A longitudinal universal randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 845-854. doi: [10.1016/j.brat.2013.09.005](https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.09.005)
- Rooney, R., Pike, L., y Roberts, C. (2000). *The positive thinking program: Prevention manual (Unpublished manuscript)*. Curtin University of Technology, Australia.
- Rooney, R., Roberts, C., Kane, R., Pike, L., Winsor, A., White, J., y Brown, A. (2006). The prevention of depression in 8- to 9-year-old children: A pilot study. *Australian Journal of Guidance and Counselling*, 16(1), 76-90. doi: [10.1375/ajgc.16.1.76](https://doi.org/10.1375/ajgc.16.1.76)
- Seisdedos, N. (2003). *Cuestionario de Depresión para Niños. Manual. (7ª ed. Adaptación española del CDS)*. Madrid: TEA.
- Stockings, E. A., Degenhardt, L., Dobbins, T., Lee, Y. Y., Erskine, H. E., Whiteford, H. A., y Patton, G. (2016). Preventing depression and anxiety in young people: A review of the joint efficacy of universal, selective and indicated prevention. *Psychological Medicine*, 46, 11-26. doi: [10.1017/S0033291715001725](https://doi.org/10.1017/S0033291715001725)
- Tisher, M. (1995). Teachers' assessments of prepubertal childhood depression. *Australian Journal of Psychology*, 47(2), 93-96. doi: [10.1080/00049539508257506](https://doi.org/10.1080/00049539508257506)
- Werner-Seidler, A., Perry, Y., Calear, A. L., Newby, J. M., y Christensen, H. (2017). School-based depression and anxiety prevention programs for young people: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 51, 30-47. doi: [10.1016/j.cpr.2016.10.005](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.10.005)

- Whalen, D. J., Luby, J. L., Tilman, R., Mike, A., Barch, D., y Belden, A. C. (2016). Latent class profiles of depressive symptoms from early to middle childhood: Predictors, outcomes, and gender effects. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57, 794-804. doi: [10.1111/jcpp.12518](https://doi.org/10.1111/jcpp.12518)
- WHO. World Health Organization (2015). *The Depression*. Recuperado de: <http://www.who.int/>
- WHO. World Health Organization (2017). "Depression: let's talk" says WHO, as depression tops list of causes of ill health. Recuperado de: <http://www2.paho.org/>