

SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN EN LOS ADOLESCENTES, ESTRATEGIAS DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD COMUNITARIA

AMADO BENITO¹, MARTA APARICIO² y ALICIA BRIONES³

¹E.S. Mental Infanto-Juvenil de Tetuán, Madrid

²Fundación Universitaria San Pablo CEU

³Instituto E.M. Tetuán-Valdeacederas, Madrid

(Recibido el 15 de octubre de 1999)

Para determinar la prevalencia de los síntomas de depresión y examinar su relación con las estrategias de solución de problemas en adolescentes, se administraron dos cuestionarios a 118 estudiantes de bachillerato (14-15 años) en el distrito de Tetuán (Madrid). El estudio de los síntomas de prevalencia y los estilos y estrategias de afrontamiento se realizó mediante la autoaplicación del Inventario de Depresión de Beck y el Cuestionario de Situaciones de Afrontamiento (CASQ) de Seiffge-Krenke. Los datos muestran que las estrategias de afrontamiento disfuncionales para la solución de problemas eran más utilizadas entre los adolescentes con más síntomas de depresión. Es necesario analizar estos resultados en el contexto de planificar programas de educación para la salud comunitaria que son fundamentales para prevenir la depresión en los adolescentes.

Palabras clave: Adolescentes, depresión, estrategias de solución de problemas, educación para la salud.

Depressive symptoms in adolescents, coping strategies for problems and community health education

In order to determine the prevalence of depressive symptoms and to examine its relationship to coping strategies for problems in adolescents, questionnaires were administered on 118 secondary school students (14-15 years old of age) in the Tetuán's district (Madrid). The study of prevalence of symptoms and coping styles and coping strategies was conducted with self-administered questionnaires Beck Depression Inventory, and Seiffge-Krenke Coping-Across-Situations-Questionnaire (CASQ). The data shows that dysfunctional coping strategies for problems were prevalent among adolescents reporting higher rates of depressive symptoms. The need of taking into account these findings within the context of planning a community health education for programs that are intended to prevent depression in adolescence is highlighted.

Key words: Adolescents, depression, coping strategies, health education.

INTRODUCCIÓN

El auge de las patologías mentales es un hecho que nadie cuestiona hoy en día. La

depresión, en concreto, según las predicciones de la OMS, ocupará el primer lugar en el ranking de las enfermedades del siglo XXI. En la actualidad ya está siendo un grave problema de salud. Cada vez son más las personas expuestas a situaciones psicosociales adversas que aumentan la vulnerabilidad a la depresión y los trastornos afectivos (ANE,

Correspondencia: M. Ángeles Jiménez Tallón, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Universidad de Murcia, Apdo. de Correos 4021, 30008 Murcia. ajtallon@fcu.um.es.

1995). Los adolescentes no son una excepción dentro de esta tendencia general de enfermar en las sociedades de los países más desarrollados (Garrison, McKeown, Valois y Vicent, 1992; Marcelli, 1992; Doménech y Polaino-Lorente, 1990; Frías, Mestre, Del Barrio y García-Ros, 1992; Ketterlinus y Lamb, 1994; Stark, 1990; Jackson y Rodríguez-Tome, 1993; Wilkes, Belsher, Rush, Frank y Associates, 1994, Power y Dalgleish, 1997; Del Barrio, Moreno y López, 1997). Dado el hecho que la incidencia de la depresión aumenta notablemente desde la adolescencia hasta el inicio de la edad adulta se justifica que se realicen estudios epidemiológicos en distintos momentos de este intervalo de edad. Y, aunque una amplia proporción de adolescentes presenta síntomas depresivos subclínicos, inferiores al umbral del diagnóstico, está demostrado que aquellos adolescentes con depresión mayor afrontan un riesgo doble o cuádruple de sufrir depresión al llegar a adultos jóvenes (Horwath, Johnson, Klerman y Weissman, 1992). Nada extraño. Por otra parte, ya hay suficiente evidencia científica de que una tercera parte de las enfermedades psiquiátricas del adulto comienzan en estas edades. En los últimos años el panorama general de las depresiones ha cambiado radicalmente, desde todos los ángulos terapéuticos-asistenciales, para positivo. Sin embargo, los desafíos que la depresión nos presenta a los profesionales de la salud mental son muchos: 1) Seguir investigando los factores que la desencadenan y la mantienen; 2) Perfeccionar el tratamiento terapéutico; 3) Avanzar en los instrumentos de diagnóstico precoz; 4) Aumentar y adaptar los servicios sanitarios responsables de la salud mental a las necesidades de los usuarios; y, 5) fomentar las acciones de educación para la salud orientadas a la prevención.

En el momento actual, sin embargo, la adaptación de los servicios de salud

mental a las necesidades de los usuarios es uno de los objetivos prioritarios tanto de los profesionales de la salud como de los responsables de la gestión de los recursos públicos y privados destinados a financiar los servicios sanitarios (Richardson y Williams, 1996; Henggeler, 1994; Roberts, 1996; Benito y Rodríguez, 1996). En este esfuerzo por racionalizar los recursos y satisfacer de una manera eficaz y eficiente las necesidades de salud mental de los adolescentes es importante cuantificar la magnitud de sus problemas, descubrir las causas que los producen y disponer de recursos científico-técnicos para abordarlos. La baja frecuencia con que los adolescentes hacen uso de los servicios de salud mental (Cheng, Savageau, Sattler y Dewitt, 1993; Sawyer, Sarris, Baghurst et al., 1990) nos obligan a acercarnos a sus medios de socialización primarios por excelencia (familia, escuela, instituto, centros culturales y deportivos...) y encontrar nuevas formas de responder a sus necesidades concretas de salud (Henggeler, 1994). En concreto, en nuestra experiencia particular desde una perspectiva de salud pública, los hallazgos podrían alertarnos sobre la importancia de considerar las intervenciones enfocadas a los síntomas depresivos subclínicos en adolescentes como un factor importante de promoción de la salud (Eaton, Badawi y Melton, 1995).

Utilizando los criterios metodológicos de la psicología comunitaria y tomando como referencia los modelos de programas de salud mental (Roberts, 1996), en nuestra intervención de educación para la salud para la prevención de la depresión en los adolescentes de nuestro distrito nos propusimos los siguientes objetivos:

1. *Evaluar* los síntomas de depresión (síntomas depresivos) en los adolescentes de nuestro distrito sobre los

que tenemos la responsabilidad de cuidar y promover su salud mental. Necesitábamos y queríamos tener, antes de ofertar un taller para prevención de la depresión, datos epidemiológicos concretos y específicos de la población objeto de la intervención. Teníamos datos de la población clínica que acude a nuestras consultas de salud mental derivados por las distintas instituciones socio-sanitarias del distrito, pero no teníamos de la población normal con la que pretendíamos trabajar. Nuestra hipótesis es que hay muchos adolescentes en los institutos y colegios de enseñanza secundaria que sufren depresiones o estados depresivos que no acuden a las consultas de salud mental, bien porque desconocen su existencia o bien porque no las ven accesibles, y que no reciben ningún tipo de ayuda especializada.

2. *Investigar* las posibles relaciones entre depresión y elección de estrategias de solución de problemas en esta población concreta. En la misma línea de investigación que plantea Inge Seiffge-Krenke (1995) queríamos comprobar si aquellos adolescentes que tenían síntomas de depresión elegían estrategias de solución de problemas más disfuncionales que aquellos que no tenían síntomas de depresión. Nuestra hipótesis es que los adolescentes que tienen síntomas de depresión elegían estrategias de solución de problemas más disfuncionales que aquellos que no tenían síntomas de depresión. Esta hipótesis se concreta en las siguientes subhipótesis:

— La proporción de estrategias disfuncionales elegidas será mayor en los que tienen síntomas de depresión respecto a los que no los tienen.

— La proporción de estrategias funcionales pasivas elegidas será mayor en los que tienen síntomas de depresión respecto a los que no los tienen.

— La proporción de estrategias funcionales activas elegidas será mayor en los que no tienen síntomas de depresión respecto a los que los tienen.

La comprobación de la existencia y el tipo de relación que se da entre estos factores nos sería de gran utilidad para seleccionar los contenidos del taller de educación para la salud y elegir las técnicas terapéuticas más eficaces.

3. *Evaluar la respuesta* de los adolescentes a la oferta de ayuda especializada del equipo de salud mental del distrito. Nuestra hipótesis es que la conducta de uso de los servicios sanitarios de los adolescentes, en parte, está condicionada por las características de los propios servicios de salud mental. Cuando los adolescentes tienen problemas relacionados con la salud mental acuden a las consultas de salud mental, si hay servicios, están próximos a su hábitat y son accesibles (Benito y Rodríguez, 1996).

En este artículo presentamos los resultados relacionados con los dos primeros objetivos y sus implicaciones para la planificación de acciones de educación para la salud en las instituciones escolares y la organización y distribución de los recursos sanitarios disponibles, aunque señalaremos algunos puntos del tercer objetivo propuesto.

MÉTODOS

En el contexto del conjunto de actividades de promoción de la salud de los ado-

lescentes que el Centro Integral de Salud y el Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil del distrito de Tetuán (Madrid) vienen realizando desde hace 10 años se le propuso a los equipos directivos de los Institutos de Educación Secundaria abordar el tema de la depresión en los adolescentes.

Los responsables educativos comprendieron el alcance del problema y el interés de los objetivos de salud que los profesionales de la salud nos proponíamos. Aceptaron implicarse y colaborar en el desarrollo de la experiencia. Desde el principio participaron en la planificación de todas las fases de la intervención: la elección de los sujetos; cuándo se iba a hacer; con qué; cómo; durante cuánto tiempo. La colaboración y la coordinación entre los padres, los profesores y los profesionales de la salud es imprescindible para llevar adelante este tipo de intervenciones.

Se decidió que la experiencia se realizara durante el segundo trimestre del curso 1996/1997. La aplicación de las pruebas se hiciera en tiempo de tutorías o en períodos de tiempo que no interfiriera con el trabajo de las horas lectivas. La psicóloga del Departamento de Orientación del Instituto se encargaría de pasar las pruebas.

Participantes

Participaron en total 118 alumnos, de los cuales 59 eran hombres y 41 mujeres. Todos los participantes eran estudiantes de 3º de Educación Secundaria Obligatoria (ESO), por lo que todos tenían el Graduado Escolar. La edad media era de 14 años.

Se eligieron los adolescentes de los grupos de 3º de Educación Secundaria Obligatoria porque pensamos que éste es un momento de transición clave en la historia escolar del adolescente. El paso

de los colegios de Educación General Básica a los Institutos de Enseñanzas Medias crea serios problemas de adaptación que pueden tener consecuencias negativas para la salud del adolescente, si no es capaz de afrontarlos con estrategias funcionales.

Los adolescentes que acuden a los institutos de este distrito de Tetuán pertenecen a una clase social media-baja, ya que viven en un área socio-espacial con indicadores de estatus, en una gran mayoría, bajo: existen altos índices de analfabetismo y carencias de estudios primarios completos, una baja proporción de titulados superiores, pocos profesionales y técnicos entre los ocupados, alto porcentaje de trabajadores manuales y una elevada tasa de desempleo. Desde un punto de vista demográfico se puede decir que pertenecen a una sub-zona, dentro del distrito, con bajos índices de renovación demográfica.

Instrumentos

Como instrumento de chequeo (*screening*) utilizamos el inventario de depresión de Beck (Beck, 1988) en su adaptación al castellano por Conde (1976). Ésta es una escala autoaplicada de fácil aplicación y corrección, que hace hincapié en los factores cognitivos, por lo que pensamos que es un instrumento muy útil para, a partir de las puntuaciones obtenidas en este cuestionario poder seleccionar «posibles deprimidos» y «posibles no deprimidos». Los sujetos no sabían lo que se pretendía medir con el cuestionario. Se les presentaba con el encabezamiento siguiente: «*Educación para la salud*. Si crees que es importante prevenir la enfermedad y promover la salud de los adolescentes, responde a este cuestionario».

Para investigar las estrategias de solución de problemas o estrategias de afron-

tamiento que nuestros adolescentes usan cuando se tienen que enfrentar a distintas situaciones o acontecimientos vitales estresantes en su vida diaria, usamos la forma final del cuestionario de Seiffge-Krenke (1995), que consiste en una matriz de 140 celdillas que resultan de la unión de dos cuestionarios. Uno es el Cuestionario de Problemas (Seiffge-Krenke, 1995), que consta de 64 ítems que miden las distintas situaciones que pueden encontrarse los adolescentes en las distintas áreas de la vida diaria. En concreto, siete áreas o dominios: padres, estudios, amigos, yo (*self*), futuro, relaciones afectivo-amorosas y tiempo libre. El otro cuestionario es el CASQ (*Coping-Across-Situations-Questionnaire*) que consta de 20 ítems que resumen las distintas estrategias de afrontamiento que usan los adolescentes cuando se encuentran con los problemas en las distintas áreas o dominios arriba señalados. Las veinte estrategias de afrontamiento se estructuran en tres categorías de estrategias:

- Siete ítems corresponden a *estrategias funcionales activas* de solución de problemas (ejemplo: «*discuto el problema con mis padres*»; «*intento buscar ayuda de alguna institución*»; «*intento resolver el problema con ayuda de mis amigos*»);
- Seis ítems corresponden a *estrategias funcionales pasivas* —nivel de pensamiento— (ejemplo: «*me digo a mí mismo que es inevitable tener problemas*»; «*acepto mis limitaciones*»; «*pienso en el problema y trato de encontrar diferentes soluciones*»);
- Siete ítems corresponden a *estrategias disfuncionales* de solución de problemas (ejemplo: «*intento no pensar en el problema y olvidarme*»; «*intento olvidar el problema*

tomando alcohol u otras drogas»; «*descargo mi rabia y desesperación gritando, llorando, golpeando puertas, dando puñetazos, insultando...*»).

La definición de estrés y afrontamiento en que la autora fundamenta la construcción de estos instrumentos de medida, y el proceso de construcción que aplica para su elaboración está amplia y detalladamente explicados en la obra ya citada. Para más información sobre el cuestionario en español puede consultarse Benito, Aparicio, Briones y Ruiz (1998).

De muy fácil corrección, pues sólo hay que identificar el tipo de estrategia elegida por el sujeto para afrontar cada una de las situaciones que se le presentan y contar el número de cada una de la elegidas, este cuestionario, al estar construido sobre los resultados obtenidos exclusivamente en poblaciones de adolescentes, es de gran utilidad para poder evaluar el comportamiento específico de nuestros adolescentes en situaciones muy concretas. Saber cómo afrontan cada una de ellas, saber si existen diferencias entre chicos y chicas y, finalmente, entre unas edades y otras es de una gran importancia para centrar los contenidos de nuestras intervenciones en el aula con los grupos.

Por otra parte, pensamos, que tiene importantes aplicaciones clínicas, al poder estudiar las posibles relaciones entre estrés, afrontamiento y apoyo social como factores de riesgo y protección en la explicación de la depresión, y otros aspectos de la psicopatología del adolescente. Por ejemplo, ¿el fracaso en la elección de estrategias funcionales para afrontar los problemas de la vida diaria les produce estados deprimidos o, por el contrario, los adolescentes deprimidos eligen más estrategias disfuncionales para afrontar los problemas?

Los dos cuestionarios, el de Beck y el de Inge Seiffge-Krenke, se aplicaron en una sola sesión. Los cuestionarios se numeraban y se distribuían aleatoriamente entre los alumnos para respetar el anonimato. Con el fin de poder identificarlo, en el caso de que quisieran posteriormente conocer los resultados personales o acudir a consulta a pedir ayuda, se les pedía que anotasen en algún lugar que pudieran recordar el número de su cuestionario.

RESULTADOS

Síntomas de depresión

Los datos que se presentan en las Tablas 1 y 2 no «diagnostican» depresión. Son una aproximación cuantitativa de los síntomas depresivos. Habrá sujetos

que tengan una puntuación alta en el cuestionario y no cumplan los criterios clínicos establecidos, por ejemplo en la DSM IV, para confirmar la presencia de un trastorno depresivo. Los datos que se presentan evalúan simplemente la gravedad de los síntomas. Llama la atención, sin embargo, el alto número de sujetos que presentan síntomas depresivos, si bien es verdad que los porcentajes y su distribución por sexo están dentro de los parámetros que ofrecen los distintos estudios realizados en España (Vázquez y Sanz, 1991; Frías y otros, 1992; Del Barrio, Moreno y López, 1997). Los datos que aporta este estudio también confirman la tendencia de otros estudios realizados por nosotros mismos en este mismo distrito con una muestra de 473 adolescentes de (14-15-16 años) durante los cursos escolares 94/95 y 95/96 (Ver Tabla 3).

Tabla 1. Distribución de frecuencias y porcentajes totales de los Síntomas de Depresión

<i>Síntomas de depresión</i>	<i>Frecuencias</i>	<i>Porcentaje (%)</i>
No depresión	58	49,1
Depresión suave	38	32,2
Depresión moderada	10	8,5
Depresión grave	12	10,2
Totales	118	100 %

Tabla 2. Distribución por sexos de los Síntomas de Depresión

<i>Síntomas de depresión</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
No depresión	35 (52,5 %)	19 (46,3 %)
Depresión suave	19 (32,2 %)	14 (34,1 %)
Depresión moderada	6 (10,2 %)	3 (7,3 %)
Depresión grave	3 (5,1 %)	5 (12,2 %)
Totales	*59 (50 %)	41 (35,5 %)

Nota: * En este total no están contabilizados los 18 sujetos que no rellenaron la casilla correspondiente al sexo.

Tabla 3. Frecuencias y porcentajes de los Síntomas de Depresión en adolescentes de los Cursos 94/95 y 95/96

<i>Síntomas de depresión</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Totales</i>
No Depresión	173 (58,4%)	94 (53,1%)	267 (56,4%)
Depresión Suave	79 (26,6%)	51 (28,8%)	130 (27,4%)
Depresión Moderada	31 (10,4%)	16 (9 %)	47 (9,9%)
Depresión Grave	13 (4,3%)	16 (9 %)	29 (6,3%)
Totales	296 (62,6%)	177 (37,4%)	473 (100%)

Estrategias de solución de problemas

Para la comprobación de la hipótesis se han introducido los datos en el paquete estadístico SPSS y se han realizado los siguientes análisis:

- Correlaciones entre los totales de las estrategias de solución de problemas y la puntuación global en el cuestionario de Beck (Tabla 4).
- Análisis de varianza entre las estrategias de solución de problemas y la distribución en grupos de depresión en el cuestionario de Beck (Ver Tabla 5).

Con estos análisis se pretende comprobar el objetivo 2 y las hipótesis planteadas. Los resultados se comentan a continuación.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Como podemos observar en las Tablas 4 y 5 la correlación entre las estrategias disfuncionales y funcionales pasivas (internas/nivel de pensamiento) y el cuestionario de Beck es significativa, mientras que la correlación entre las estrategias funcionales activas y el cuestionario de Beck no lo es. En el ANOVA se observa

que el uso de estrategias disfuncionales es significativo. Esto indica que los sujetos que puntúan alto en el cuestionario de Beck también lo harán en la elección de estrategias disfuncionales y funcionales pasivas, lo que confirma nuestra hipótesis, es decir, aquellos sujetos que presentan más síntomas depresivos suelen elegir estrategias disfuncionales o funcionales pasivas para afrontar los problemas que se les presentan en la vida diaria. La existencia de esta correlación no aclara si el fracaso en la solución de los problemas produce los estados depresivos o la depresión, o viceversa, las distorsiones cognitivas que sufren los adolescentes deprimidos les impiden la elección de las soluciones más inteligentes. Nosotros pensamos que la influencia es bidireccional y, aunque es necesario seguir produciendo más investigación en este campo, tener en cuenta la evidencia de la correlación entre estos factores puede ser de una gran utilidad para comprender la génesis y el mantenimiento del patrón de conducta del adolescente deprimido (Teasdale y Barnard, 1993). Por supuesto, el hecho de que un sujeto elija estrategias disfuncionales para afrontar problemas que se le presentan en su vida

Tabla 4. Tabla de correlaciones de las Estrategias Disfuncionales, Funcionales Activas y Funcionales Pasivas con los síntomas de depresión

<i>Estrategias</i>	<i>Beck</i>	<i>Estrategias disfuncionales</i>	<i>Estrategias Funcionales activas</i>	<i>Estrategias Funcionales pasivas</i>
Beck	1,0000			
Estrategias disfuncionales	0,3292	1,0000		
Estrategias funcionales activas	0,0440	0,5579	1,0000	
Estrategias funcionales pasivas	0,1620	0,5709	0,6431	1,0000

Tabla 5. Tabla de ANOVA de los Tipos de Estrategias

<i>Estrategias</i>	<i>Suma de cuadrados</i>	<i>Gl</i>	<i>Media cuadrática</i>	<i>F prob.</i>	<i>Sig.</i>
Estr. func. activas	1,344	3	0,228	0,021	0,996
Estr. func. pasivas	129,017	3	43,006	2,196	0,090
Estr. disfun.	712,386	3	237,462	8,136	0,000*

Nota: * Significativa ($p < 0,05$)

diaria en distintas áreas, no implica que no tenga estrategias funcionales de afrontamiento. De hecho todos los sujetos obtienen un gran número de estrategias funcionales en el cuestionario, a esto se debe que existan alta correlación entre el uso de estrategias funcionales, tanto activas como pasivas, con las disfuncionales y también una alta correlación entre ellas.

El alto índice de síntomas depresivos detectados, casi un 50 % de los sujetos tienen algún indicador cuantitativo de depresión, confirman el alcance y la importancia que la depresión puede tener para la salud de los adolescentes de nuestro distrito. Como habíamos pensado antes del *screening* existe un porcentaje significativo de adolescentes que sufren o pueden sufrir de depresión o estados depresivos que no reciben ningún tipo de ayuda. Este fenómeno no debe sorprendernos. En Estados Unidos, por ejemplo, según un informe de un panel de 20 expertos (22-29 enero 1997) publicado en el *Journal of the American Medical Association* (Vol.277, p.332-340), la mitad de las personas que sufren de depresión no reciben tratamiento o reciben un tratamiento inadecuado. Y esto a pesar de que el coste de la depresión —contabilizando el gasto en tratamiento, muertes prematuras, absentismo laboral y escolar y pérdidas de productividad— supone 43 billones de dólares (March, 1997). Esta realidad nos obliga a los profesionales de la salud mental a diseñar estrategias de Educación para la Salud Comunitaria orientadas a: 1) sensibilizar a la población en general y a los adolescentes en concreto acerca del alcance del problema de la depresión; 2) enseñarles a identificar los síntomas; 3) motivarles para que acudan a pedir ayuda especializada cuando piensen que la necesitan; 5) ofrecerle servicios especializados competentes que demuestren que la depresión tiene soluciones terapéuticas.

La confirmación de la tendencia por parte de los adolescentes a elegir estrategias disfuncionales —o falsas soluciones— para afrontar los problemas que se les presentan en su vida diaria cuando se encuentran «deprimidos», también debería tener implicaciones prácticas en el campo de la Educación para la Salud orientadas a prevenir la depresión en niños y adolescentes. Independientemente de que en la actualidad lo más sensato es el abordaje multidimensional de la depresión, cada vez vamos teniendo más evidencia experimental del papel que juegan los factores cognitivos en la génesis y mantenimiento de los estados depresivos (Wilkes, Belsher, Rush y Frank, 1994; Salkovskis, 1996) desde esta perspectiva es fundamental que la Educación para la Salud se proponga como objetivo prioritario estimular *el desarrollo y la adquisición de las habilidades de pensamiento* para resolver problemas (*coping abilities*) y tomar decisiones (Seiffge-Krenke, 1995). Potenciar, en otras palabras, el desarrollo de los recursos personales internos —estrategias cognitivas— que capaciten a los adolescentes para: 1) pensar distintas alternativas (y elegir la mejor) para afrontar un problema; 2) hacer análisis consecuencias (anticipar consecuencias positivas y negativas) y responsabilizarse de sus conductas; 3) imaginar secuencias de causalidad (anticipar obstáculos en el proceso); 4) fijarse objetivos alcanzables (distinguir entre deseo y realidad); 5) graduar la consecución de los objetivos y metas (no siempre es posible alcanzar inmediatamente los objetivos deseados); 6) comprender la interdependencia y la reciprocidad en las relaciones interpersonales; 7) expresar de forma constructiva los sentimientos que les producen los acontecimientos vitales más significativos; y 8) identificar todas las fuentes de recursos externos y aprender a utilizarlos.

La adquisición de estas habilidades y estilo de pensamiento racional, lógico y creativo aumentaría la percepción de autoeficiencia, la autoestima y el «lugar de control» (Shure y Spivack, 1982; Shure, 1996). Y les permitiría comenzar a descubrir las relaciones entre el pensar, el hacer y el sentir. Aprenderían, en definitiva, a pensar: recurso básico e imprescindible para poder afrontar con éxito los problemas que surgen diariamente en las relaciones interpersonales, y evitar, de esta manera, deprimirse ante las dificultades.

Estas conclusiones nos sirven como criterio orientativo para planificar conjuntamente, los profesores y los profesionales de la salud mental las acciones de Educación para la Salud que estamos realizando en las instituciones educativas de nuestro distrito con dos objetivos prioritarios: 1) prevenir la depresión en nuestros adolescentes; 2) mejorar la calidad de la oferta terapéutica-asistencial y preventiva de nuestro equipo de salud mental infanto-juvenil.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en nuestros grupos de adolescentes hemos elegido, para el *Taller de Educación para la Salud* (que era el tercer de los objetivos propuestos), los siguientes contenidos:

1ª Sesión:

- ¿Qué es la depresión?
- Reconocer los síntomas de la depresión.
- Saber dónde acudir para pedir o recibir ayuda.

2ª Sesión:

- ¿Qué es un problema?
- Aprender a afrontar los problemas de manera inteligente.
- Estrategias funcionales de afrontamiento.

3ª Sesión:

- Aprender a pensar.
- Distorsiones cognitivas más frecuentes.
- Auto instrucciones para prevenir el pensamiento negativista.

4ª Sesión:

- Aprender a construir una imagen positiva de sí mismo. La autoestima.
- Aprender a observar cosas positivas y negativas en uno mismo y en los demás.

5ª Sesión:

- Aprender a anticipar posibles consecuencias de las conductas que realizamos.
- Consecuencias de la conducta a corto, a medio y largo plazo.
- Análisis consecuencial.

6ª Sesión:

- Aprender a descubrir fuentes de recursos.
- Mejorar la competencia personal y social.

El taller se realiza en la institución escolar. Institutos de Enseñanza Secundaria. Con grupos de adolescentes escolarizados en 3ª de E.S.O. Las sesiones duran unos 50 minutos. Y normalmente se utiliza la hora lectiva que corresponde a la asignatura «Transición para la vida adulta» o en la hora de tutorías. Los ejemplos que se utilizan, como recurso didáctico, son problemas concretos que los adolescentes tienen en ese momento. Y, por supuesto, toda la capacidad de inventiva didáctica de los monitores para crear situaciones de aprendizaje significativo y motivar a los adolescentes para que participen activamente.

El número de sesiones se puede aumentar. Dependiendo del interés de los adolescentes, los problemas que puedan tener los miembros del grupo, personal o colectivamente, la disponibilidad de tiempo y de recursos humanos para continuar el taller durante todo el curso, o en el curso siguiente.

¿Hasta qué punto podemos saber si este tipo de intervención está siendo útil? ¿Sirven realmente estas intervenciones para mejorar la salud mental de los adolescentes de estos grupos? ¿Son eficaces y eficientes este tipo de intervenciones? ¿Cuál es la relación entre el coste y el beneficio?

Si nos atenemos a algunos indicadores indirectos podemos afirmar que sí está siendo eficaz nuestra intervención. En primer lugar, la evaluación cualitativa de los propios adolescentes. A la pregunta, ¿cómo de útiles te han resultado estas clases de psicología? El 51,6 % de los alumnos respondieron que *bastante*; el 33,3% respondió que *mucho*; el 10% respondió que *poco*, y un 3,3% respondió que *nada*. Otro indicador del impacto de la intervención es el cambio que se produce en la conducta del uso de los servicios de salud en los adolescentes. Aumenta significativamente el número de demandas en las consultas de salud mental que están próximas a los lugares donde viven y estudian los adolescentes y no les exigen los trámites burocráticos que se requieren para acceder al especialista de Salud Mental situado en el segundo nivel atención sanitaria (Benito y Rodríguez, 1996). Un tercer indicador, que pensamos que es también muy importante, es el hecho de que un 15% de los alumnos de los grupos ha participado en este taller cuando la asistencia era voluntaria y se realizaba al final de la mañana, después de acabadas las clases, pudiendo elegir entre irse a casa o quedarse al taller en el instituto. Por último, es importante señalar que no supone ningún coste extraordinario en cuanto a recursos materiales y

humanos. Se lleva a cabo con los recursos con los que cuenta la institución escolar y el equipo de salud mental infanto-juvenil del distrito. Sólo se requiere un trabajo de planificación conjunta y de coordinación entre los profesionales implicados directamente en esta actividad concreta de Educación para la Salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- A.E.N. Asociación Española de Neuropsiquiatría. (1995). Salud Mental en el Mundo: problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos. *Cuadernos Técnicos*, 1.
- Beck, A.T., Steer, R.A., y Garbin, M.G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Benito, A., y Rodríguez, P. (1996). Flexibilizar los servicios de salud mental para adaptarlos a las necesidades de los adolescentes: una estrategia de intervención comunitaria. Póster. *Symposium Internacional: Organización de los Servicios Psiquiátricos y de Salud Mental en la Gran Ciudad*. Madrid. Nov.1996. (En prensa).
- Benito, A., Aparicio, M., Briones, A., y Ruiz, M.J. (1998). Estrategias de solución de problemas en los adolescentes y educación para la salud comunitaria. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 4, 245-255.
- Conde, V., Esteban, T., y Useros. (1976). Revisión crítica de la adaptación castellana del cuestionario de Beck. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 31, 469-497.
- Cheng, T.L., Savageau J.A., Sattler, A.L., y Dewitt, T.G. (1993). Confidentiality in health care: a survey of Knowledge, perceptions, and attitudes among high school students. *JAMA*. 269, 1404-1407.

- Del Barrio, V., Moreno, C., y López, R. (1997). Ecology of depression in Spanish children. *European Psychologist*, 2 (1), 18-27.
- Doménech, E., Polaino-Lorente, A. (1990). *Epidemiología de la depresión infantil*. Barcelona: ESPAXS, S.A.
- Eaton, WW., Badawi, M., Melton, B. (1995). *Prodromes and precursors: epidemiological data for primary prevention of disorders with slow onset*.
- Frías, D., Mestre, V., Del Barrio, V., y García-Ros, R. (1992). Estructura familiar y depresión infantil. *Anuario de Psicología*, 52, 121-131.
- Garrison, C.Z., McKeown, R.E., Valois, R.F., Vicent, M.L., (1993). Aggression, substance use, and suicidal behaviors in high school students. *American Journal of Public Health*, 83, 179-184.
- Henggeler, S.W. (1994). Task force report on innovative models of Mental Health Services for children, adolescents, and their families. *Journal of Clinical Child Psychology* (Vol. 23). Hove, U.K.: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Horwarth, E., Johnson, J., Klerman, K., Weissman, M. (1992). Depressive symptoms as relative and attributable risk factor for first-onset major depression. *Arch. Gen. Psychiatry*, 49, 817-823.
- Jackson, S., y Rodríguez-Tome, H., (1993). *Adolescence and its social worlds*. Hove, U.K.: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Ketterlinus, R.D., y Lamb, M.E. (1994). *Adolescent problem behaviors. Issues and Research*. Hove, U.K.: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Marcelli, D., (1992). *Adolescencia y Depresión. Un abordaje multifocal*. Barcelona: Masson, S.A.
- Power, M., y Dagleish, T. (1997). *Cognition and emotion. From order to disorder*. Psychology Press. An imprint of Erlbaum (UK): Taylor & Francis.
- Richardson, G.J., Williams, R. (1996). *Child and adolescents mental health services. Current Opinion in Psychiatry*, 9, 262-267.
- Roberts, M.C. (1996). *Models Programs in Child and Family Mental Health*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Salkovskis, P.M. (1996). *Frontiers of Cognitive Therapy*. New York: The Guilford Press.
- Sawyer, M.G., Sarris, A., Baghurst, P.A., et al. (1990). The prevalence of emotional and behavioural disorders and patterns of services utilization in children and adolescents. *Journal of Psychiatry*, 24, 323-330.
- Seiffge-Krenke, I. (1995). *Stress, Coping, and Relationships in Adolescence*. Hove. U.K.: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Shure, M.B. (1996). I Can Problem Solve (ICPS): An interpersonal Cognitive Problem Solving Program for Children. En Roberts, M.C. *Models Programs in Child an Family Mental Health*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Shure, M.B., y Spivack, G. (1982). Interpersonal problem solving in young children: A Cognitive approach to prevention. *American Journal of Community Psychology*, 10, 341-356.
- Stark, K. (1990). *Childhood Depression. School-Based Intervention*. New York: The Guilford Press.
- Teasdale, J.D., y Barnard, J.P. (1993). *Affect, Cognition and Change. Remodelling depressive thought*. Hove, U.K.: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Vázquez, C., y Sanz, J. (1991). Trastornos depresivos (I): datos clínicos y modelos teóricos. En A. Belloch y E. Ibáñez (Eds.), *Manual de Psicopatología*. (Vol. 2, pp. 717-784). Valencia: Promolibro.
- Wilkes, T.C.R., Belsher, G., Rush, J., Frank, E. & Associates (1994). *Cognitive Therapy for Depressed Adolescents*. New York: The Guilford Press.