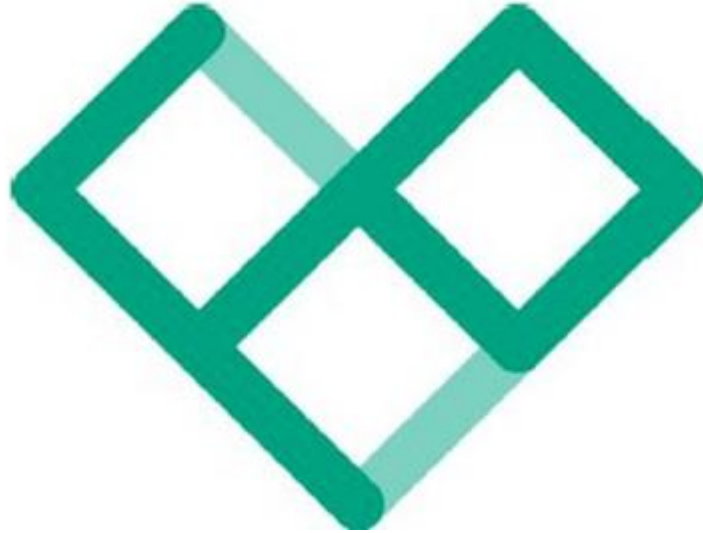


UNIVERSIDAD FERNANDO PESSOA CANARIAS



La efectividad de los programas de prevención basados en la Terapia Cognitivo
Conductual para la depresión juvenil: Una Revisión Sistemática

Beatriz Clara Vega Marrero

Tutor: Eloy García Cabello

Cotutora: Roraima Yáñez Pérez

Máster en Psicología General Sanitaria

Curso 2021/2022

ÍNDICE

1. Resumen	3
2. Introducción	5
3. Formulación del problema y justificación	8
4. Método	11
4.1 Criterios de selección de los estudios	11
4.2 Estrategias de búsqueda y fuentes de información	12
4.3 Evaluación del riesgo de sesgo	12
4.4 Análisis y síntesis de datos	13
5. Resultados	14
5.1 Estudios seleccionados	14
5.2 Descripción de las características de los estudios	15
5.3 Riesgo de sesgos de los estudios incluidos	22
5.4 Principales efectos de las intervenciones	25
6. Discusión	28
7. Conclusiones	31
8. Referencias	32
Anexos	36
Anexo 1. Criterios de exclusión e inclusión	36
Anexo 2. Tablas de descripción de los estudios extraída de FLC 3.0	37

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Figura 1 <i>Diagrama de flujo de las diferentes etapas de la revisión sistemática.....</i>	14
Figura 2. <i>Evaluación de calidad metodológica de los estudios.....</i>	25
Tabla 1. <i>Características de los estudios incluidos.....</i>	15
Tabla 2. <i>Evaluación de calidad metodológica de los estudios.....</i>	23

1. Resumen

Actualmente, la primera causa de morbilidad entre la juventud a nivel mundial es la depresión juvenil, esto con lleva, a grandes consecuencias en el desarrollo de la salud mental en los/as jóvenes. Una posible solución a este problema podría ser el desarrollo de estrategias preventivas que abordaran la aparición del trastorno. Este hecho ha motivado el estudio de la siguiente investigación que tiene como objetivo principal conocer la evidencia disponible en la literatura sobre la efectividad de la prevención para la depresión juvenil desde la Terapia Cognitivo Conductual. Para ello, se ha seguido el método PRISMA y se realizó una búsqueda en tres bases de datos (PubMed, Web of Sciences y Scopus), obteniendo 376 artículos en inglés, publicados hasta el momento. Finalmente, se incluyeron seis artículos en esta revisión.

Los hallazgos en esta revisión sistemática muestran que los programas de prevención basados en la Terapia Cognitiva Conductual resultan efectivos para prevenir la depresión en jóvenes. Se observa que la prevención reduce los síntomas depresivos en adolescentes y los factores influyentes para esos cambios son la búsqueda de recompensa, la autoeficacia y la red social. Cabe destacar que los estudios seleccionados y analizados han contado con varias limitaciones. Se necesitan futuros trabajos en esta línea de investigación que aborden los componentes y variables de los programas de prevención universal con orientación cognitivo conductual, con el objetivo de mejorar la prevención de la depresión juvenil y, a su vez, lograr una mayor efectividad en la implementación de los programas, así como, reducir la incidencia de los trastornos depresivos.

Palabras clave: Prevención, Terapia Cognitiva Conductual, Depresión, Adolescente.

Abstract

Currently, the first cause of morbidity among youth worldwide is youth depression, this leads to great consequences in the development of mental health in young people. A possible solution to this problem could be the development of preventive strategies that address the appearance of the disorder. This fact has motivated the study of the following investigation whose aim objective is to know the evidence available in the literature on the effectiveness of prevention for juvenile depression from Cognitive Behavioral Therapy. For this, the PRISMA method has been followed and a search was carried out in three databases (PubMed, Web of Sciences and Scopus), obtaining 376 articles in English, published to date. Ultimately, six articles were included in this review.

The findings in this systematic review show that prevention programmes based on Cognitive Behavioural Therapy are effective in preventing depression in young people. It is observed that prevention reduces depressive symptoms in adolescents and the influencing factors for these changes are reward seeking, self-efficacy and the social network. It should be noted that the studies selected and analyzed have had several limitations. Future work is needed in this line of research that addresses the components and variables of universal prevention programs with a cognitive behavioral orientation, with the aim of improving the prevention of youth depression and, in turn, achieving greater effectiveness in the implementation of the programs as well as reducing the incidence of depressive disorders.

Keywords: Preventive, Cognitive Behavior Therapy, Depression, Adolescent.

2. Introducción

La salud mental, según la organización mundial de la salud (OMS, 2004a) es definida como un estado de bienestar donde la persona se da cuenta de sus aptitudes para afrontar las situaciones estresantes cotidianas de la vida, que permite al individuo desarrollarse productivamente y fructíferamente para relacionarse en su comunidad. Es por ello, que para conseguir un buen estado de salud mental se debe promocionar el desarrollo de las competencias socioemocionales, ya que es un factor de protección en el desarrollo de los trastornos emocionales.

Dentro de los problemas emocionales se encuentra la depresión, que es un trastorno común en la adolescencia. En el 2014 afectó a aproximadamente a 2.8 millones de niños/as con edades de 12 a 17 años sufriendo al menos un episodio depresivo mayor, según datos del Instituto Nacional de Salud Mental (Sistema Nacional de Salud [SNS], 2018).

En esta línea, los problemas emocionales en los/as jóvenes son un problema de salud pública, no sólo por las consecuencias o impacto negativo en la calidad de vida, el bienestar y el desarrollo de los/as jóvenes, sino por los costes socioeconómicos y sanitarios que supone (Red de Investigación interdisciplinar para la Promoción de la salud mental y bienestar Emocional en los jóvenes [PROEM], 2018).

La OMS (2004b) recomienda llevar acciones para la promoción y prevención de salud mental, que potencien los factores de protección y reduzcan los factores de riesgo de la depresión juvenil. Es por ello, que dentro de las acciones de prevención existen diferentes formas. En primer lugar, la prevención universal que está dirigida a todos los miembros de una determinada población. En segundo lugar, la prevención selectiva dirigida a las personas con un riesgo superior de presentar el trastorno. En tercer lugar, está la prevención indicada dirigida a personas con manifestaciones subclínicas del trastorno para evitar que los síntomas aumenten. No es solo trabajar para prevenir la aparición de episodios depresivos, sino es necesario investigar la frecuencia con la que el problema se manifiesta, conocer los factores que propician la aparición de sus síntomas y diseñar

programas preventivos explicativos para elaborar programas eficaces con evidencia científica (OMS, 2018).

La evidencia científica muestra que la corriente teórica más eficaz para la depresión es la terapia cognitiva conductual y la terapia interpersonal para tratar la depresión (Wesselhoeft et al., 2013).

La Terapia Cognitiva Conductual (TCC) es un tipo de terapia mediante la cual los pacientes identifican y controlan patrones erróneos de pensamiento y conducta que influyen en su depresión. La TCC pretende que las personas identifiquen los pensamientos poco útiles o negativos para cambiar las conductas que influyen en la depresión e interactuar con los demás en formas más positivas.

Otra de las terapias con evidencia es la Terapia Interpersonal (TIP) que pretende mejorar las relaciones de la persona con los demás, expresando mejor sus emociones y solucionando problemas de forma más saludable. Se centra en ayudar a solucionar acontecimientos preocupantes de la vida, entrenar habilidades sociales e incrementar el apoyo social para enfrentar la sintomatología depresiva y los factores estresantes de la vida cotidiana.

Para la detección de la depresión es necesario conocer los criterios diagnósticos que subyace a la depresión y las diferencias en la población juvenil. Según el Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales en su 5º versión (American Psychological Association [APA], 2013) se define como una tristeza profunda o desesperación que interfiere con las actividades de la vida cotidiana, e incluso provoca dolores físicos, en la que puede extenderse más allá de unos pocos días. Clínicamente dentro de los trastornos depresivos se incluye las siguientes categorías de diagnóstico: Trastorno depresivo mayor, trastorno disfórico premenstrual, trastorno de regulación disruptiva del estado de ánimo y trastorno depresivo persistente (distimia). El inicio de los trastornos mencionados tiene criterios válidos para cualquier edad. No obstante, presentan notas específicas para los niños y adolescentes, aunque la única categoría diagnóstica que se inicia en la infancia y adolescencia es el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.

Por otro lado, otras clasificaciones consideran los trastornos depresivos como trastornos del humor. El trastorno depresivo recurrente, el trastorno depresivo de episodio único, el trastorno distímico, el trastorno disfórico premenstrual y el trastorno mixto de ansiedad y depresión se incluyen en la Clasificación Internacional de Enfermedades, 11 (CIE-11; Organización Mundial de la Salud, 2019). Por el contrario, en el DSM-V incluye en esta misma clasificación el trastorno bipolar.

Se puede observar que las clasificaciones poseen similitudes y diferencias, especialmente en los criterios diagnósticos, la depresión juvenil presenta una gran heterogeneidad para diagnosticar a los/as jóvenes adolescentes, siendo una cuestión compleja. Por lo que, esto se convierte en un problema complejo que implica que la depresión juvenil se convierta en un problema enmascarado, ya no solo por las dificultades para diagnosticar, sino por otros factores como la etapa evolutiva, problemas familiares o escolares, el género femenino, el consumo de sustancias, las situaciones estresantes de la vida, entre muchos otros (Lu, 2019).

Esta revisión sistemática pretende conocer la efectividad de los programas de prevención basados en la Terapia Cognitivo Conductual para la depresión juvenil. Por esta razón se plantea la siguiente pregunta: ¿la implementación de los programas de prevención basados en la Terapia cognitivo conductual son efectivos para prevenir la aparición de síntomas depresivos? Para responder a esta pregunta, se siguió el método PRISMA. En primer lugar, se realizó una búsqueda en tres bases de datos. En segundo lugar, se eliminaron los artículos duplicados y se hizo un filtrado de los artículos por título y resumen y, posteriormente, a lectura de texto completo, siguiendo los criterios de inclusión y exclusión durante todo el proceso. Tras realizar la selección de los estudios, se procedió a la evaluación del riesgo de sesgos, donde se extrajo de cada uno de ellos la información relevante para el interés de esta revisión (diseño, objetivo, población, método, resultados y conclusiones). Además, se evaluó la calidad metodológica de los estudios. Por último, se realizó la exposición de los resultados obtenidos, así como la discusión de los mismos, se detallaron las conclusiones y las posibles propuestas para investigaciones futuras.

3. Formulación del problema y justificación

El periodo de desarrollo humano de la infancia a la vida adulta es la adolescencia que va desde los 11 hasta los 21 años, aunque algunos autores amplían su periodo hasta los 25 años de edad (Sawyer et al., 2018). Dentro de ella, hay distintas sub-etapas: adolescencia temprana que oscila desde los 11 a los 14 años, adolescencia media entre los 15 a los 17 años, y adolescencia tardía entre los 18 a los 25 años. Este es un periodo constituido por múltiples cambios físicos, emocionales y sociales que implica desarrollar habilidades de la autonomía para enfrentarse a la edad adulta. La adolescencia es una etapa de vulnerabilidad, ya no solo por los cambios que conlleva, sino que puede interrumpir su correcto desarrollo con la presencia de problemas de salud mental (OMS, 2018).

La salud mental hace referencia a “un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” según menciona la OMS (2001). La interrupción de este estado de bienestar se conoce como uno de los principales problemas sanitarios que afectan a los/as jóvenes, teniendo su comienzo en la adolescencia (PROEM, 2018).

La depresión juvenil es una de las primeras causas de morbilidad entre la juventud y constituye un problema grave. Sin embargo, existen problemas tanto en su detección como en su intervención. La evidencia científica muestra que el 50% de los episodios de depresión se inicia antes de los 14 años de edad (Canals et al., 2018), siendo únicamente el 25% detectado (Who, 2018). Se ha detectado que los/as jóvenes con sintomatología depresiva no suelen acudir a ningún servicio especializado (Lu, 2019). En España se observa que el 55% y el 65% no busca ayuda, así que el riesgo es mayor, ya que la duración y la persistencia de los episodios aumentan y derivará a un mal pronóstico de la enfermedad. Además, los/as jóvenes y su entorno no saben detectar los síntomas depresivos tendiendo a justificar esos síntomas a cuestiones de la edad (Canals et al., 2018).

Para detectar la depresión juvenil, según el DSM-V (APA, 2013) es relevante conocer los criterios diagnósticos del Trastorno de depresión mayor, que debe presentar:

- Durante al menos dos semanas, cinco síntomas de los nueve síntomas existentes, como es el estado de ánimo depresivo o pérdida de interés por actividades que eran gratificantes y placenteras. La manifestación en niños/as y adolescentes el estado de ánimo puede estar expresado como irritabilidad, en los adolescentes esto se traduce en oposiciones, protestas, agresividad, conductas de riesgo, etc. Ocasionando problemas en el ámbito familiar, social y escolar.
- Pensamientos recurrentes suicidas o ideación, cambios en el apetito o en el peso, alteraciones de sueño, cambios bruscos en el peso o en el apetito, alteraciones en el sueño, dificultad de concentración, sentimientos de inutilidad o culpabilidad, pérdida de energía y alteraciones psicomotoras.
- Todas estas afecciones deben estar presentes de manera diaria e interferir en el funcionamiento diario provocando un gran malestar.

En cuanto, al trastorno depresivo persistente, según DSM-V incluye la presencia de un estado de ánimo crónicamente depresivo (o irritable en niños y adolescentes) la mayor parte del día la mayoría de los días con una duración mínima de un año en adolescentes (dos en adultos). Con la presencia de al menos dos de los siguientes síntomas: Alteraciones en el apetito, alteraciones en el sueño, falta de energía, baja autoestima, dificultades para pensar o tomar decisiones y sentimientos de desesperanza (APA, 2013). En cuanto a la gravedad de los trastornos depresivos, encontramos que el DSM-V los clasifica en tres niveles; leve, moderado y severo, según el número de síntomas será su severidad (APA, 2013).

En adolescentes, la presencia de síntomas depresivos es frecuente, situándose entre el 11% y el 30% (Canals et al., 2018; Wang et al., 2016) y se ha demostrado que puede formar parte de un continuo de alteraciones emocionales predictoras de trastornos depresivos en la juventud (Canals et al., 2002; Hill et al., 2014; Wesselhoeft et al., 2013). Por otra parte, casi el 50% de adolescentes de 15 años con cuadros subclínicos de depresión progresan a TDM a los 20 años y más del 70%

permanecen con el mismo diagnóstico (Agerup et al., 2014). El 80% de los/as adolescentes habían tenido síntomas depresivos con anterioridad a los 18 años (Canals et al., 2002).

Existe un gran número de programas de prevención para la depresión juvenil. No obstante, resulta necesario analizar la efectividad y la viabilidad de implementación de todos estos programas para reducir la incidencia, prevalencia, recurrencia de los trastornos mentales, la temporalidad de los síntomas o la predisposición a desarrollar una enfermedad mental, retrasar la recurrencia y disminuir el impacto de la enfermedad en la persona afectada, sus familias y la sociedad (OMS, 2004b).

Esta revisión sistemática tiene como objetivo general conocer la evidencia disponible sobre la efectividad de los programas basados en la Terapia Cognitiva Conductual para prevenir la depresión juvenil. Los objetivos específicos de la presente revisión sistemática son: 1) Valorar la efectividad a través de la disminución de sintomatología depresiva y/o el porcentaje de casos que desarrollan depresión; 2) Detectar posibles factores que expliquen la efectividad de los programas basados en la Terapia Cognitiva Conductual. Para ello se revisa la literatura científica que integra los componentes de los programas de prevención en la depresión juvenil.

4. Método

Para la elaboración de la revisión sistemática presente se siguieron las recomendaciones propuestas en la declaración “Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis (PRISMA) (Moher et al., 2009).

4.1 Criterios de selección de los estudios

Los criterios de elegibilidad según el tipo de participantes, la intervención, las medidas de resultados, el diseño de estudios y otros criterios ^(Anexo 1), fueron los siguientes:

a) En cuanto a los criterios de selección según el tipo de participantes, se establecieron:

Estudios que incluyan adolescentes con una edad media comprendida entre los 13 a 18 años de edad, jóvenes con y sin sintomatología o incidencia depresiva y jóvenes con historia de consumo por sustancias.

b) En cuanto a los criterios de selección según el tipo de intervención, se determinaron:

Estudios basados en prevenir los síntomas o incidencia depresiva en adolescentes que estén basados en la terapia cognitiva conductual ya sea de manera individual o grupal, así como que sean programas de prevención universal y/o selectiva. Además, se incluyó que los programas hayan sido impartidos por un psicólogo/a. También se tuvo en cuenta los estudios de programas de prevención que comparan la terapia cognitivo conductual con otras terapias.

c) En cuanto a los criterios de selección según las medidas de resultados, se determinaron:

Estudios que incluyeran escalas validadas para medir la sintomatología depresiva, estudios que hayan realizado una comparación entre programas, estudios que hayan incluido una evaluación pre-post y estudios que midan la incidencia depresiva.

d) En cuanto a los criterios de selección según el diseño de estudios, se determinaron:

Ensayos clínicos controlados o no controlados, estudios comparativos y de cohortes.

e) En cuanto a otros criterios se determinaron:

Estudios publicados en inglés o español.

4.2 Estrategias de búsqueda y fuentes de información

El proceso de búsqueda de los estudios seleccionados se llevó a cabo en enero del 2022, en las tres bases de datos siguientes: PubMed, Web of Science (MEDLINE) y Scopus. Para la estrategia de búsqueda, se utilizaron términos MeSH y otras palabras claves: <<preventive program OR preventive therapy AND Cognitive behavior therapy AND depresión AND adolescent>>, limitando los resultados aquellos estudios en inglés o español. No se realizaron consultas a revistas específicas ni se contactó con autores de publicaciones.

Tras realizar la búsqueda en las diferentes bases de datos, se utilizó el gestor de referencia Zotero para eliminar los artículos duplicados. Una vez se eliminaron los duplicados, se exportaron los artículos a un Excel, donde se clasifica como seleccionado (SI), no seleccionado (NO) o duda (DUDA), siguiendo los criterios de inclusión y exclusión, y especificando el motivo para aquellos artículos no seleccionados. Posteriormente se llevó a cabo la lectura del título y el resumen (fase 1) y, posteriormente, se procedió a la lectura a texto completo de los artículos seleccionados (fase 2).

4.3 Evaluación del riesgo de sesgo

Los trabajos incluidos en la presente revisión sistemática fueron evaluados mediante la Plataforma Web 3.0, Las Fichas de Lectura Crítica (FLC 3.0) del Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Departamento de Salud del Gobierno Vasco. Las fichas de lectura crítica estudian la calidad de los estudios científicos como la confianza que encontramos en los resultados extraídos, es decir, evalúan la calidad metodológica de los estudios, analizan la validez, describen y sintetizan la información mediante tablas de evidencia, donde se puntúa la calidad del estudio según tres niveles, bajo medio y alto.

El tipo de fichas de lectura crítica utilizadas fueron los ensayos clínicos. Las fichas se dividen en 9 áreas clasificadas en 4 categorías (Si, No, Parcialmente y Sin información) que responde a los criterios evaluados para realizar la asignación de cada área que establece el grado de cumplimiento de los ítems.

4.4 Análisis y síntesis de datos

Tras seleccionar los estudios científicos, se extrajo, de cada uno de ellos, la información relevante para la revisión. En primer lugar, se describió la información general del estudio, como los autores, año de publicación, diseño del estudio, objetivos, localización y fecha de realización del estudio. En relación con la pregunta de investigación se extrajo la población del estudio (tamaño de la muestra, edad media, rango de edad y la presencia de signos o síntomas diagnósticos), la intervención objeto de estudio, el tiempo de seguimiento y los efectos que se pretende estudiar especificando las diferentes escalas que los miden. A continuación, se analizó el método que se extrajeron los criterios de inclusión y exclusión, el n° de participantes por grupo, una breve descripción de la intervención realizada tanto al grupo experimental como al grupo control, el método del enmascaramiento y las pérdidas post aleatorización. En cuanto a resultados se extrajeron los efectos clínicos beneficiosos, los efectos adversos y los conflictos de intereses, en caso de haberlos.

Tras extraer toda la información descrita anteriormente, se analizó la evidencia de la efectividad de las intervenciones de forma cualitativa, siguiendo las instrucciones propuestas para realizar la síntesis narrativa de la revisión sistemática (Popay et al., 2006). Se agruparon los estudios en categorías según sus diferencias y semejanzas de las características de las intervenciones con el fin de establecer una síntesis preliminar de la evidencia. Mediante este método se pueden observar los patrones de repetición de la información extraída y así analizar las relaciones entre los estudios. Por último, se evaluó la calidad metodológica de todos los estudios y se definieron las conclusiones de cada uno de los estudios.

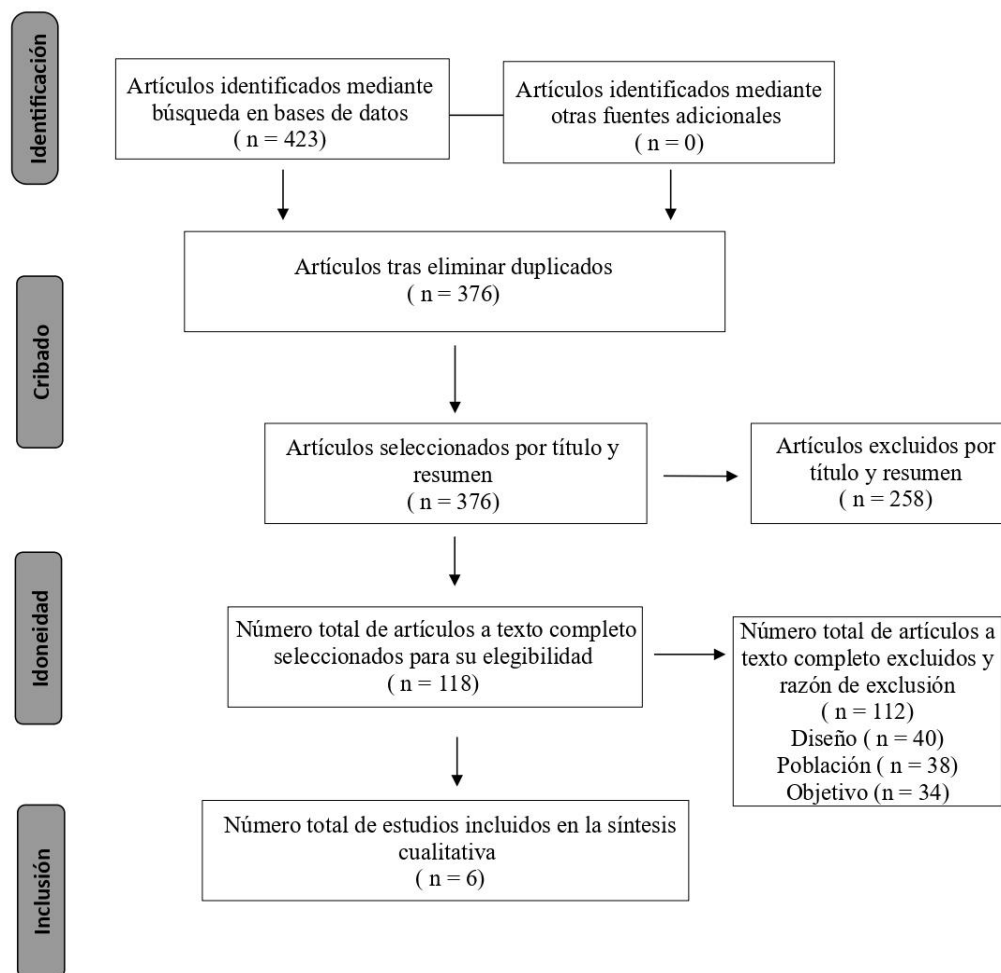
5. Resultados

5.1 Estudios seleccionados

Tras la búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos, se consiguieron un total de 423 artículos. En primer lugar, se eliminaron los artículos duplicados quedando un total de 376 artículos. En segundo lugar, tras la lectura del título y resumen se descartaron 283 artículos. Por último, se realizó una lectura crítica del artículo completo donde se descartaron 112 artículos en base a los criterios de inclusión y exclusión, quedando así un total de 6 artículos que se incluyeron en la revisión (Figura 1).

Figura 1

Diagrama de flujo de las diferentes etapas de la revisión sistemática (Moher et al., 2009).



5.2 Descripción de las características de los estudios

Las características de los estudios seleccionados en la revisión sistemática se exponen en la Tabla 1. Además, en el anexo 2 se aporta más información sobre las características de los estudios. Los estudios seleccionados fueron publicados entre el año 2005 y el 2016. Cuatro estudios se realizaron en Europa (Noruega, Reino Unido y Alemania), uno en Santiago de Chile y uno en Estados Unidos (Texas).

Tabla 1.

Características de los estudios incluidos

Autores, año y país	Objetivo	Edad media de los/as participantes	Grupos
Gaete et al., 2016 Santiago de Chile	Estudiar la efectividad de un programa de prevención universal en el aula para reducir los síntomas depresivos de adolescentes con familias con ingresos bajos.	15 años	N= 342 (GC= 113, GE= 229)
Lillevoll et al., 2014 Noruega	Estudiar la viabilidad y la eficacia de un programa de prevención universal en el aula autodirigida por internet para reducir los síntomas depresivos y aumentar la autoestima.	16 años	N=707 (GC=180, GE2=176, GE3=176, GE4=175)

Poseel et al., 2005 Alemania	Reducir los factores de riesgo de la depresión adolescente, reducir sus síntomas mediante la implementación de un programa de prevención universal en el aula.	14 años	N=309 (GC= 142 y GE=167)
Rice et al., 2015 Reino Unido	Comparar tres programas de prevención universal en el aula para la depresión adolescente.	14 años	N=256 (TRY = 50, TCC=53, MBCT=54 y PHSE=99)
Stallard et al., 2012 Reino Unido	Comparar y conocer la eficacia de tres programas de prevención universal en el aula para reducir los síntomas depresivos.	14 años	N=5761 (TCC=2032, CA=1920, RE=1809)
Stice et al., 2010 Estados Unidos	Evaluar la eficacia de un programa de prevención selectiva en el aula para reducir los síntomas depresivos en adolescentes.	15 años	N=341 (GC=84, GE1=89, GE2=88 y GE3=80)

Nota. GC = Grupo control; GE = Grupo experimental; TCC = Programa de Terapia cognitiva conductual; CA = Programa de control de la atención; RE = Rendimiento escolar; MBCT = Programa de atención plena; PHSE = Programa de salud personal y educación social.

El cómputo total de participantes de los estudios seleccionados es de 7.754, con edades comprendidas entre los 14 y los 16 años de edad, y una media de edad de 14.66. Los seis programas incluían a participantes estudiantes de educación secundaria con y sin síntomas depresivos, pero sin presentar ningún diagnóstico de depresión (según los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico DSM-V o la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10/ CIE-11). Únicamente el estudio de Gaete et al. (2016) incluía a participantes de familias de bajos ingresos económicos. Luego Lillevoll et al. (2014) valoró el nivel de estudios, la necesidad de ayuda y el uso de servicios de salud mental utilizados por los/as participantes. Y Stice et al. (2010) incluyó en sus criterios de inclusión participantes con una puntuación de 20 o más en la Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos para niños y adolescentes (CES-D).

Todos los estudios tenían como objetivo prevenir y reducir los síntomas depresivos con programas en el aula basados en la terapia cognitiva conductual. Cinco de los estudios llevaron a cabo una prevención universal (Gaete et al., 2016; Lillevoll et al., 2014; Poseel et al., 2005; Stallard et al., 2012; Rice et al., 2015) y uno de ellos implementó una prevención selectiva (Stice et al., 2010). Además, en cinco de los estudios, se buscaba estudiar la efectividad de los programas de prevención (Gaete et al., 2016; Lillevoll et al., 2014; Poseel et al., 2005; Stallard et al., 2012; Stice et al., 2010). Asimismo, uno de los estudios se centró en aumentar la autoestima juvenil (Lillevoll et al., 2014). Y dos de los estudios compararon diferentes programas de prevención (Stallard et al., 2012; Rice et al., 2015).

En todos los estudios, la intervención experimental se realizó de manera grupal en el centro escolar, excepto en uno que se realizó de forma autodirigida por internet (Lillevoll et al., 2014). Asimismo, todos los estudios emplearon programas fundamentados en la terapia cognitiva conductual donde entrenan las habilidades emocionales, cognitivas y conductuales y la intervención fue realizada por una/a psicólogo/a.

La intervención control se basaba en que los/as participantes continuaron con las clases escolares habituales (Gaete et al., 2016; Poseel et al., 2005) y el resto recibió psicoeducación de la depresión y clases de educación sobre salud mental y social. La intervención era realizada en

algunas ocasiones por maestros del centro educativo o por los mismos psicólogos del grupo experimental.

En lo que se refiere al diseño de los estudios, cinco fueron estudios de ensayos controlados aleatorizados (Gaete et al., 2016; Lillevoll et al., 2014; Poseel et al., 2005; Stallard et al., 2012; Stice et al., 2010) y uno es un estudio de ensayo no aleatorizado (Rice et al., 2015). El idioma de todos los estudios fue el inglés.

Tabla 1.

Características de los estudios incluidos (continuación)

Autores y año	Programa de prevención	Evaluación	Variables evaluadas
Gaete et al., 2016	Intervención grupal 8 sesiones de 45 minutos Psicoeducación Reestructuración cognitiva Afrontamiento de conflictos Planificación de futuro.	3 meses	Síntomas depresivos y ansiosos, pensamientos negativos, resolución de conflictos, consumo de alcohol y cannabis
Lillevoll et al., 2014	Intervención por internet 5 módulos de 45 minutos Reestructuración cognitiva, Regulación emocional Afrontamiento de los eventos estresantes	Sin información	Síntomas depresivos, autoeficacia y autoestima
Poseel et al., 2005	Intervención grupal 10 sesiones Entrenamiento en habilidades de afrontamiento a situaciones cotidianas	3 meses	Síntomas depresivos, pensamientos automáticos, apoyo social, autoeficacia, eventos de la vida y dificultades diarias

Rice et al., 2015	Intervención grupal Programa 1 “TRY” Activación conductual con procesamiento de recompensas Programa 2 “TCC” Terapia Cognitivo conductual Programa 3 “MBCT” Terapia Cognitiva basada en Mindfulness	9 meses	Síntomas depresivos, procesamiento de recompensas, auto creencias negativas y memoria autobiográfica
Stallard et al., 2012	Intervención grupal 36 sesiones 60 minutos Entrenamiento de regulación emocional Estilos de pensamiento. Mecanismo de afrontamiento	6 y 12 meses	Síntomas depresivos, pensamiento negativo, fracaso escolar, autoestima, aceptación, ansiedad, sentido de pertenencia en la escuela, red de apoyo, consumo de sustancias, bullying y autolesiones.
Stice et al., 2010	Intervención grupal 6 sesiones de 60 minutos Motivación Actividades placenteras, Reestructuración cognitiva, Afrontamiento a situaciones estresantes	6, 12 y 24 meses	Síntomas depresivos y ajuste social

A lo que se refiere a los programas de prevención basados en la terapia cognitiva conductual para prevenir y reducir la sintomatología depresiva en población adolescente, en general se han basado en la psicoeducación, reestructuración cognitiva y afrontamiento de conflictos. No obstante, a continuación, vamos a describir las características de cada programa.

- Rice et al. (2005) comparaba tres programas de prevención con diferentes corrientes teóricas diferentes. El programa TRY tuvo como objetivo mejorar el procesamiento de recompensas a través de actividades de experiencias gratificantes para mejorar el estado de ánimo y evaluar el riesgo potencial y las recompensas involucradas en la toma de decisiones cotidianas. El programa de TCC tenía como objetivo cambiar los estilos de pensamiento negativo, fomentando la evaluación de los pensamientos y promoviendo estilos de afrontamiento positivos y la resolución de problemas. El programa MBCT promovió la conciencia, la aceptación de los pensamientos y sentimientos actuales y el desarrollo de la regulación de la atención y el estado de ánimo a través de la meditación guiada y la prestación consciente de atención a la respiración.

- Gaete et al. (2016) estudia la efectividad del programa comparando con un grupo control que continuaba con sus clases escolares, este programa estaba inspirado en el ABC de Ellis en el que el programa consistía en administrar una clase de psicoeducación, trabajar la reestructuración cognitiva, fomentar el afrontamiento de conflictos y la visión de futuro mediante la planificación. Además, incluyó una sesión de seguimiento del aprendizaje.

- Livelloll et al. (2014) estudiaba la efectividad del programa autodirigido por internet, dónde comparaba cuatro condiciones del grupo experimental y comparaba el programa con un grupo control que recibía clases de educación social y de salud. El programa se basaba en el entrenamiento cognitivo y emocional, donde incluía estrategias de control cognitivo y el afrontamiento de los eventos estresantes. Las diferentes condiciones del grupo experimental se diferenciaban en el tipo de recordatorios, algunos reciben recordatorios personalizados y otros generales.

- Stice et al. (2010) el programa se basaba en vincular con el grupo de jóvenes, promover actividades placenteras y afrontamiento a situaciones estresantes, trabajar los

pensamientos negativos mediante la reestructuración cognitiva. Además de trabajar la motivación. Por otro lado, un grupo no recibía sesiones de entrenamiento en habilidades sino era un grupo de expresión emocional e hizo otro grupo de intervención biblioterapia mediante libros de autoayuda con el fin de reducir los síntomas mediante el aprendizaje de técnicas de regulación.

- Poseel et al. (2005) únicamente plantea su programa en el afrontamiento de las situaciones cotidianas para entrenar el afrontamiento a conflictos cotidianos.

- Stallard et al. (2012) compara tres intervenciones diferentes donde dos de ellas están basadas en la educación personal, social y de salud y el programa de TCC se basaba en la regulación emocional, estilo de pensamiento y mecanismo de afrontamiento.

Con relación a la duración de las sesiones de los programas se observa homogeneidad entre los estudios que oscila entre los 45 minutos a los 60 minutos. Y en cuanto al número de sesiones se observa heterogeneidad entre los estudios. Por un lado, Gaete et al. (2016) llevaron a cabo 8 sesiones semanales. Lillevoll et al. (2014) realizaron cinco módulos sin especificar el número de sesiones, tiempo o tareas incluidos en el programa autodirigido por internet. Poseel et al. (2005) llevaron a cabo 10 sesiones grupales semanales sin especificar la duración de las mismas. Rice et al. (2015) no especifica el número y duración de las sesiones. Stallard et al. (2012) realizaron 36 sesiones semanales de 60 minutos respectivamente y Stice et al. (2010) llevaron a cabo 6 sesiones semanales de 60 minutos aproximadamente.

Con respecto a las variables medidas en los estudios seleccionados atienden a diferentes variables de estudio, pero en todos los estudios miden la presencia y severidad de la sintomatología depresiva mediante el Inventario de depresión de Beck (Beck-II) y la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D). Por esta razón, se describen aquellas variables en común y que están relacionadas con los objetivos del presente trabajo de revisión. Stallard et al. (2012), Stice et al. (2010) y Poseel et al. (2005) evalúan el ajuste, apoyo o red social de los participantes como variables moduladoras de la depresión adolescente. Con respecto a los pensamientos negativos o automáticos, se evaluaron en Gaete et al. (2016), Poseel et al. (2005),

Rice et al. (2015) y Stallard et al. (2012). También, Lillevoll et al. (2014) y Poseel et al. (2005) midieron la autoeficacia a través de la Escala de Autoeficacia Generalizada (GSE).

En referencia a la evaluación realizada en los estudios, todos contaban con al menos una evaluación pre-post. Dos de ellos tenían seguimiento a los tres meses (Poseel et al., 2005; Gaete et al., 2016), dos de ellos a los seis y doce meses (Stallard et al., 2012; Stice et al., 2010), este último continuaba a los veinticuatro meses de seguimiento, uno de ellos a los nueve meses (Rice et al., 2015) y por último el estudio realizado por Lillevoll et al. (2014) no especificó el tiempo de seguimiento.

En la línea de lo anterior, en todos los estudios se especifica no haber encontrado efectos adversos. En cuanto a la tasa de abandono encontramos que un estudio no proporciona información al respecto (Rice et al., 2015), en el resto de los artículos se especifican pérdidas en el grupo experimental y el grupo control. El estudio que menos pérdidas post-aleatorización presenta es el de Gaete et al. (2016) con 21 pérdidas en el grupo control y 42 en el grupo experimental. Por el contrario, el estudio que más presenta pérdidas es Stallard et al. (2012) con 1753 pérdidas en el grupo de TCC, 1673 pérdidas en el grupo de control de la atención (CA) y 1604 pérdidas en el grupo de clase habitual.

5.3 Riesgo de sesgos de los estudios incluidos

En la presente revisión se incluyen los resultados de la evaluación del riesgo de sesgo de los estudios seleccionados para determinar la calidad metodológica. Para ello, se ha tenido en cuenta la definición de la pregunta de investigación, el método utilizado, la síntesis de resultados, la justificación de las conclusiones, el conflicto de interés y la validez externa.

Tabla 2.*Evaluación de calidad metodológica de los estudios*

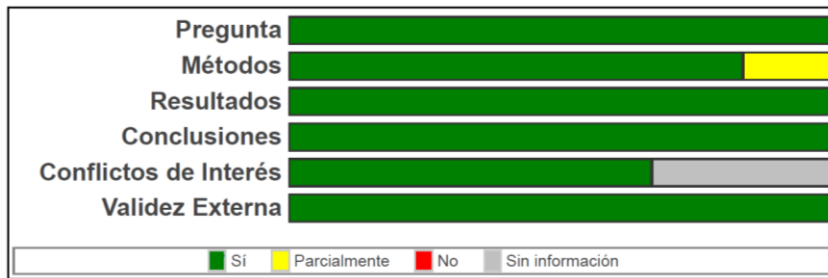
Referencia	Tipo de ficha	Pregunta	Método	Resultados
Gaete et al. (2016)	Ensayo clínico	Si	Si	Si
Lillevoll et al. (2014)	Ensayo clínico	Si	Si	Si
Rice et al. (2015)	Ensayo clínico	Si	Parcialmente	Si
Poseel et al. (2005)	Ensayo clínico	Si	Si	Si
Stallard et al. (2012)	Ensayo clínico	Si	Si	Si
Stice et al. (2010)	Ensayo clínico	Si	Si	Si

En lo referente a la pregunta de investigación, los resultados, conclusiones y validez externa están correctamente sintetizados y descritos en cada uno de los estudios. Así mismo, el método está parcialmente justificado para un estudio (Rice et al., 2015), y correctamente justificado para el resto. Cabe destacar que en dos estudios no hay información sobre los conflictos de interés (Poseel et al., 2005; Stice et al., 2010).

Tabla 2.*Evaluación de calidad metodológica de los estudios (continuación)*

Referencia	Conclusiones	Conflictos de interés	Validez externa	Calidad del estudio
Gaete et al. (2016)	Si	Si	Si	Alta
Lillevoll et al. (2014)	Si	Si	Si	Alta
Rice et al. (2015)	Si	Si	Si	Media
Poseel et al. (2005)	Si	Si	Sin información	Alta
Stallard et al. (2012)	Si	Si	Si	Alta

En la siguiente figura se muestra las puntuaciones ponderadas del riesgo de sesgo, cinco de los estudios presentaron una calidad metodológica alta (Gaete et al., 2016; Lillevoll et al., 2014; Poseel et al., 2005; Stallard et al., 2012; Stice et al., 2010), en cambio uno de ellos presentó una calidad metodológica media (Rice et al., 2015). Esto se debió, principalmente, al método empleado en el estudio.

Figura 2.*Evaluación de calidad metodológica de los estudios.*

Tal y como se puede observar la mayoría de los estudios seleccionados en esta revisión sistemática, han mostrado una adecuada definición del tema, del diseño, utilizando instrumentos de medida relativamente fiables y describiendo correctamente los resultados, así como la justificación de las conclusiones. Finalmente, dos de los estudios no especificaron la existencia o ausencia de conflictos de interés (Poseel et al., 2005; Stice et al., 2010).

5.4 Principales efectos de las intervenciones

Esta revisión sistemática tenía como objetivo general evaluar la evidencia disponible en la efectividad de los programas basados en la Terapia Cognitiva Conductual para prevenir la depresión juvenil. Para ello se revisó la literatura científica que integra los componentes de los programas de prevención en la depresión juvenil.

Con relación a la efectividad de los programas de prevención para la depresión juvenil los estudios mostraron efectos en la reducción de la sintomatología depresiva (Stallard et al., 2012; Stice et al., 2010; Lillevoll et al., 2014; Gaete et al., 2016). En cambio, se encontró que los/as jóvenes participantes tomaban mayor conciencia de los síntomas depresivos (Stallard et al., 2012), disminuían los síntomas depresivos (Poseel et al., 2005; Stice et al., 2010; Gaete et al., 2016; Rice et al., 2015) y los/as estudiantes con síntomas depresivos leves y moderados obtenía mayor adherencia al programa de intervención (Gaete et al., 2016). Por el contrario, las intervenciones autodirigidas por internet no presentaron correlaciones positivas en la modificación de la sintomatología depresiva (Lillevoll et al., 2014).

Por otro lado, los estudios mostraron que algunos factores son influyentes en la reducción de los síntomas depresivos. Se observó que cuanto mayor autoeficacia (Possel et al., 2005) y búsqueda de recompensas (Rice et al., 2015), mayor es la reducción de síntomas. Además, se observó que cuanto mayor eran los mensajes negativos, el pensamiento era más inflexible, pero esto no parecía modular el cambio en los síntomas depresivos en ningún grupo de intervención que llevó a cabo Rice et al. (2015).

Otra característica estudiada que presentó resultados significativos fue la red social. Possel et al. (2005) observó que los/as jóvenes que mantenían su red de apoyo, en frecuencia y tamaño, eran quienes puntuaron más alto en autoeficacia. Los/as jóvenes con mayor reducción de síntomas eran aquellos que presentaron mayor autoeficacia. En cambio, Stice et al. (2010) estudió el ajuste social sin encontrar cambios significativos.

Con respecto a la efectividad de la terapia implementada se encontró que la Terapia Cognitiva Conductual indicó mayor adherencia a los programas (Gaete et al., 2016), mayor respuesta al programa, un 36% frente al 29% en otras terapias (Stallard et al., 2012) y mayor reducción de síntomas depresivos (Poseel et al., 2005; Stice et al., 2010; Gaete et al., 2016; Rice et al., 2015). Estos estudios que muestran resultados positivos en la efectividad de la Terapia Cognitivo Conductual incluyeron en sus programas el afrontamiento a situaciones cotidianas estresantes.

En cuanto a las características de los otros programas de prevención, se observa que la implementación de la intervención de expresión emocional también redujo los síntomas depresivos e incluso se mantenían en el tiempo. Y tras los dos años de seguimiento la intervención de expresión emocional mostró mayores resultados de recuperación que la intervención en biblioterapia basada en la TCC (Stice et al., 2010). Rice et al. (2015) encontraron que los programas de prevención basado en la Terapia cognitivo conductual y en la intervención de activación conductual “TRY” muestra cambios significativos en la reducción de síntomas. Del mismo modo, encontraron que los/as estudiantes con baja puntuación en la búsqueda de recompensa, evaluados al inicio del programa, mostraron mayor disminución de los síntomas depresivos y un aumento significativo en la búsqueda de recompensa tras la evaluación de la intervención implementada.

Finalmente, se observó que la reducción de los síntomas depresivos tras el seguimiento se mantenía en el tiempo. Stice et al. (2010) mencionó que la intervención en TCC grupal y la intervención de biblioterapia basada en la TCC producen efectos de intervención que persisten a largo plazo. Tras los dos años de seguimiento se muestra que la reducción de los síntomas es de un 14% frente a un 3%. En esta misma línea, encuentra que a los tres meses la tasa de recuperación es un 10%. Asimismo, el programa de intervención mostró una mejoría de un 42% en los síntomas depresivos. En cambio, en la comparación de programas que llevó a cabo Rice et al. (2015) encuentra únicamente mantenimiento de síntomas en el programa de activación conductual “TRY”.

6. Discusión

El objetivo principal de la presente revisión sistemática fue conocer la evidencia disponible sobre la efectividad de los programas de prevención basados en la Terapia Cognitiva Conductual para la depresión juvenil, revisando para ello la literatura científica publicada hasta el momento.

Atendiendo a los resultados obtenidos en este trabajo, observamos que la Terapia Cognitiva Conductual es efectiva para la prevención de la depresión juvenil. En su mayoría, los estudios muestran una reducción de los síntomas depresivos en los programas de prevención. También, se observa que los/as estudiantes identifican mejor los síntomas depresivos y consiguen la adherencia al programa de prevención, especialmente aquellos que ya tienen síntomas leves o moderados.

Respecto a los factores que explican la efectividad de los programas de prevención, se encontró que la autoeficacia, la búsqueda de recompensa y la red social influyen en el buen pronóstico de los síntomas (Possel et al., 2005; Rice et al., 2015). Con respecto a la autoeficacia encontraron que jóvenes con niveles altos en autoeficacia tenían mejores resultados en la evaluación depresiva. Estos hallazgos van en la línea de la teoría de Bandura (1997) sobre la autoeficacia. Esta establece que la autoeficacia produce cambio psicológico y está vinculada con las cogniciones, la motivación y la percepción de realidad. Poseer una buena puntuación en autoeficacia significa la ejecución con éxito de una determinada conducta, donde se consiguen resultados positivos. Los hallazgos coinciden en que las personas con alta eficacia son menos propensas a verse a sí misma como incompetentes o a sobreestimar el fracaso.

Con relación a la búsqueda de recompensa, se observó que su aumento se asociaba con una menor sintomatología depresiva (Rice et al., 2015). También, Bennett & Bates, (1995) sostenían que es un factor protector para el desarrollo de la depresión causada por problemas diarios y eventos negativos de la vida. Por otro lado, se menciona que los adolescentes deprimidos son insensibles a la recompensa, así que aumentar la activación del comportamiento favorece la sensibilidad a la recompensa. Dado estos hallazgos se podría concluir que las distorsiones del pensamiento desempeñan un papel predictor en el inicio y mantenimiento de la depresión (Williams et al., 2007).

Respecto a la red social para la depresión juvenil, se encontró que el mantenimiento del círculo de amigos/as o red de apoyo actuaba como factor protector en la reducción de los síntomas depresivos. No obstante, este hallazgo se encontró únicamente en los/as jóvenes que presentaban porcentajes más altos de autoeficacia (Possel et al., 2005).

Los hallazgos indican que todos los programas de prevención han implementado el afrontamiento a situaciones estresantes o a conflictos. Además, han sido implementados por psicólogos/as. En cambio, las mayores diferencias entre los estudios las encontramos en la temporalidad de seguimiento y sus efectos. Stice et al. (2010) es el estudio que presenta una temporalidad mayor y encuentra correlaciones positivas en la reducción de los síntomas. Y Rice et al. (2015) encuentra resultados de recuperación a los tres meses.

En líneas generales, tal y como observamos, los resultados y el tipo de programas estudiado van en la misma dirección, a pesar de la heterogeneidad de los programas y de las medidas utilizadas. Únicamente, el estudio de Lillevoll et al. (2014), que no encontró ninguna relación positiva en la sintomatología depresiva. Sin embargo, este hecho se debe al tipo de programa de prevención utilizado, autodirigido por internet. Cabe señalar, que en los últimos años este tipo de investigación está surgiendo y podría ser una herramienta de promoción de la salud mental para la población adolescente, aunque actualmente existe una menor evidencia al respecto.

Los estudios incluidos mostraron varias limitaciones, como la variabilidad del tipo de programa empleado y la heterogeneidad de medidas de resultados, así como limitaciones metodológicas importantes es la temporalidad de seguimiento de los/as estudiantes, ya sea por el abandono o por un seguimiento a corto plazo. Otra limitación es la aleatorización de la muestra, ya que, en la prevención universal no existe diferencia de grupos con o sin síntomas depresivos. Los estudios implementados en el aula presentan la limitación de las escuelas ya que son sistemas rígidos con su propia organización y el objetivo de ellas es desarrollar competencias académicas. Y, por último, el objetivo de estudio, ya que se centra en el programa de prevención y no en los componentes influyentes.

Para líneas futuras, se requiere continuar con el estudio de la eficacia de las diferentes formas de prevención, así como, estudiar las variables moduladoras de la prevención de la depresión juvenil. Además, sería recomendable, estudiar los componentes más efectivos de los programas de prevención con orientación cognitiva conductual. Y ampliar el tamaño y mejorar la aleatorización de la muestra, así como, comparar intervenciones con placebo para conocer si existen efectos específicos de la intervención grupal.

Esta revisión también ha contado con varias limitaciones. En primer lugar, hay pocos estudios que hablan de la comparación con otros programas de prevención. Y, en segundo lugar, mejorar el proceso de revisión, ampliando la búsqueda a otras bases de datos e incluyendo un mayor número de revisores expertos.

Los resultados encontrados en este trabajo tienen implicaciones clínicas, como un mayor y mejor conocimiento de la efectividad de los programas de prevención y las variables influyentes en la depresión juvenil.

7. Conclusiones

En definitiva, de la presente revisión sistemática, se puede concluir que:

1. Los resultados obtenidos nos muestran la efectividad de la Terapia Cognitivo Conductual para prevenir la depresión juvenil.
2. Los programas de prevención basados en la Terapia cognitiva conductual mejoran la identificación de los síntomas. Asimismo, en los casos con sintomatología depresiva leve y moderada la Terapia cognitiva conductual muestra una mayor adherencia.
3. Los niveles de autoeficacia y la búsqueda de recompensa son un factor protector en la sintomatología depresiva, ya que permite el mantenimiento de la frecuencia de la red social de los/as jóvenes.
4. Los trabajos incluidos mostraron ciertas limitaciones en cuanto a la heterogeneidad de sus programas y las medidas de evaluación. Además, limitaciones en el seguimiento de los estudios, ya sea por la temporalización o por la tasa de abandono.
5. De cara a líneas futuras, es conveniente continuar estudiando la eficacia de los programas en los diferentes tipos de prevención, ampliar el tamaño y mejorar la aleatorización de la muestra, seguir estudiando los componentes más efectivos de los programas de prevención con orientación cognitiva conductual y el estudio de las variables moduladoras del efecto de las intervenciones preventivas.

8. Referencias

Agerup, T., Lydersen, S., Wallander, J., y Sund, A. M. (2014). Longitudinal course of diagnosed depression from ages 15 to 20 in a community sample: Patterns and parental risk factors. *Child Psychiatry y Human Development*, 45, pp. 753-764.

American Psychiatric Association (APA). (2013). *DSM-V Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Bennett D.S, Bates. (1995) Prospective models of depressive symptoms in early adolescence: Attributional style, stress, and support *Journal of Early Adolescence*.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.

Canals, J., Domènech, E., Fernández-Ballart, J., y Marti-Henneberg, C. (2002). Predictors of depression at eighteen. A 7-year follow-up study in a Spanish nonclinical population. *European Child y Adolescent Psychiatry*, 11, pp. 226-233.

Canals, J., Hernández-Martínez, C., Sáez, M., y Arijá, V. (2018). Prevalence of DSM-5 depressive disorders and comorbidity in Spanish early adolescents: Has there been an increase in the last 20 years?. *Psychiatry Research*, 268, pp. 328-334.

Gaete, J., Martinez, V., Fritsch, R., Rojas, G., Montgomery, A. A., & Araya, R. (2016). Indicated school-based intervention to improve depressive symptoms among at risk Chilean adolescents: a randomized controlled trial. *BMC psychiatry*, 16, 276. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0985-4>.

Grupo de trabajo de la actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia (2018). Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia. Actualización. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Unidad de Asesoramiento Científico-técnico Avalia-t

Hill, R. M., Pettit, J. W., Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R., y Klein, D. N. (2014). Escalation to major depressive disorder among adolescents with subthreshold depressive symptoms: Evidence of distinct subgroups at risk. *Journal of Affective Disorders*, 158, pp. 133-138.

Lillevoll, K. R., Vangberg, H. C., Griffiths, K. M., Waterloo, K., & Eisemann, M. R. (2014). Uptake and adherence of a self-directed internet-based mental health intervention with tailored e-mail reminders in senior high schools in Norway. *BMC psychiatry*, 14, 14. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-14>.

Lu, W. (2019). Adolescent Depression: National Trends, Risk Factors y Healthcare Disparities. *American Journal of Health Behavior*, 43, pp. 181-194.

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & PRISMA Group (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS medicine*, 6(7), e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J. y Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Annals of internal medicine*, 151(4), 264-269. <https://doi.org/bpq5>

Organización Mundial de la Salud (2001). *Documentos básicos. 43ª Edición. Ginebra, Organización Mundial de la salud: 1.*

Organización Mundial de la Salud (2004a). *Promoción de la salud Mental. Conceptos. Evidencia Emergente práctica. Informe compendiado, Ginebra. Organización Mundial de la salud.*

Organización Mundial de la Salud (2004b). *Prevención de los trastornos mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas. Informe compendiado, Ginebra, Organización Mundial de la salud.*

Organización Mundial de la Salud (2018). *Salud mental del adolescente*. Ginebra. Organización Mundial de la salud, 18 de septiembre de 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018), CIE-11. *Undécima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínicas y pautas para el diagnóstico*, extraído de <https://icd.who.int/>.

Popay J, Roberts H, Sowden A, Petticrew M, Arai L, Rodgers M, et al. Guidance on the conduct of narrative synthesis in systematic reviews. a product from the ESRC methods programme. Version 1. ESRC, 2006.

Pössel, P., Baldus, C., Horn, A. B., Groen, G., & Hautzinger, M. (2005). Influence of general self-efficacy on the effects of a school-based universal primary prevention program of depressive symptoms in adolescents: A randomized and controlled follow-up study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 46(9), 982-994. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00395.x>.

Red de miembros y colaboradores PROEM (2018). *Informe y hoja de ruta prioridades para promoción de la salud mental y bienestar emocional en los jóvenes*. Informe. N.r.p.i. 201899902658019. Jaén, 21 de junio de 2018. Disponible en: http://redproem.es/wp-content/uploads/2018/06/Informe_encuentro_Red_PROEM.pdf.

Rice, F., Rawal, A., Riglin, L., Lewis, G., Lewis, G., & Dunsmuir, S. (2015). Examining reward-seeking, negative self-beliefs and over-general autobiographical memory as mechanisms of change in classroom prevention programs for adolescent depression. *Journal of affective disorders*, 186, 320–327. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.07.019>.

Sawyer, S. M., Azzopardi, P. S., Wickremarathne, D., y Patton, G. C. (2018). The age of adolescence. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 2(3), pp. 223-228.

Stallard, P., Sayal, K., Phillips, R., Taylor, J. A., Spears, M., Anderson, R., Araya, R., Lewis, G., Millings, A., & Montgomery, A. A. (2012). Classroom based cognitive behavioural therapy in reducing symptoms of depression in high risk adolescents: pragmatic cluster randomised controlled trial. *BMJ (Clinical research ed.)*, 345, e6058. <https://doi.org/10.1136/bmj.e6058>.

Stice, E., Rohde, P., Gau, J. M., & Wade, E. (2010). Efficacy trial of a brief cognitive-behavioral depression prevention program for high-risk adolescents: effects at 1- and 2-year follow-up. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78(6), 856–867. <https://doi.org/10.1037/a0020544>.

Wang, C., Xiay Li, W., Wilson, S. M., Bush, K., y Peterson, G. (2016). Parenting behaviors, adolescent depressive symptoms, and problem behavior: the role of self-esteem and school adjustment difficulties among Chinese adolescents. *Journal of Family Issues*, 37, pp. 520-542.

Wesselhoeft, R.; Sørensen, M. J.; Heiervang, E. R., y Bilenberg, N. (2013). “Subthreshold depression in children and adolescents a systematic review”. *Journal of Affective Disorders*, 151, pp. 7-22.

Williams J.M., Barnhofer T., Crane C., Herman D., Raes F., Watkins E., Dalgleish T. Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychol. Bull.* 2007;133:122–148.

World Health Organization (WHO) (2018). Suicide, World Health Organization. Disponible en: [https:// www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide).

Anexos

Anexo 1. Criterios de exclusión e inclusión

Participantes

- Estudios que incluyan adolescentes, con una edad media comprendida entre los 13 a 18 años (I)
- Jóvenes con sintomatología o incidencia depresiva (I)
- Jóvenes sin ningún signo de depresión (I)
- Jóvenes con historia de consumo por sustancias u otros factores de vulnerabilidad (I)
- Jóvenes con un diagnóstico de trastorno de depresión, según DSM -V (E)

Intervención

- Programas basados en prevenir los síntomas o incidencia depresiva en adolescentes (I)
- Programa de prevención basados en la terapia cognitivo conductual individual (I)
- Programa de prevención basados en la terapia cognitiva conductual grupal (I)
- Programas de prevención universal y selectiva (I)
- Impartido por un profesional de la psicología (I)
- Estudios que comparen otras terapias e incluyen la terapia cognitivo conductual (I)
- Programas de prevención indicada (E)
- Otras intervenciones no contempladas dentro la terapia cognitiva conductual (E)
- Programas de una sola intervención (E)

Resultados

- Estudios que incluyan escalas validadas para medir la sintomatología depresiva (I)
- Estudios que hayan realizado una comparación entre programas (I)
- Estudios que hayan llevado una evaluación pre-post (I)
- Estudios que midan la incidencia depresiva (I)

Tipo de estudios

- Publicados en inglés o en español (I)
- Ensayos clínicos controlados o no controlados
- Estudios comparativos (I)
- Estudios de cohortes (I)
- Estudios de casos (E)
- Revisiones sistemáticas y metanálisis (E)
- Publicados en idiomas diferentes al inglés o español (E)

Anexo 2. Tablas de descripción de los estudios extraída de FLC 3.0

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DEL ESTUDIO
Stallard et al. (2012)	Diseño: Ensayo controlado aleatorizado Objetivos: Conocer la eficacia de la prevención universal para reducir los síntomas depresivos y comparar la terapia cognitivo conductual en el aula con el control de la atención y el rendimiento escolar. Localización y periodo de realización: Reino Unido. En septiembre de 2009 a julio de 2010.	Población: Adolescentes con una edad media de 14 años, procedentes de ocho escuelas mixtas distribuidos en tres grupos paralelos según la escuela, año, número de estudiantes y clases, frecuencia y horarios escolares. Intervención: Comparar tres programas de intervención. El programa TCC desarrolla habilidades de regulación emocional, mecanismos de afrontamiento y estilos de pensamiento. Comparación: El primer grupo recibirá un programa de TCC donde se entrenan habilidades de regulación emocional, mecanismo de afrontamiento y estilos de pensamiento, el segundo grupo recibirá por el maestro clases de educación personal, social y de salud con supervisión del equipo de investigación y el tercer grupo recibirá sesiones de educación personal, social y de salud impartidas por el profesor sin seguimiento del equipo de investigación. Resultados analizados: Se evalúan los síntomas depresivos mediante el cuestionario breve de estado de ánimo y sentimientos. Además, el pensamiento negativo, el fracaso escolar, autoestima y aceptación, ansiedad, sentido de pertenencia en la escuela y la red social, como otras variables como el consumo de sustancias, bullying o autolesiones. Tiempo de seguimiento: Tras la evaluación inicial, se realiza seguimiento a los seis y doce meses.	Nº participantes/grupo: Tres grupos de intervención, un total de 5761 participantes, distribuidos en la TCC a 2032, grupo de atención con 1920 participantes y el grupo de clase habitual con 1809 participantes. Intervención grupo experimental: La TCC consta de nueve módulos y dos sesiones de refuerzo, impartido por dos facilitadores. Fueron 36 sesiones con duración de 50 a 60 minutos Intervención grupo control: El programa de atención está adaptado a la educación personal, social y sanitaria impartida por el maestro y con apoyo de dos facilitadores, la duración era similar al grupo de TCC. Y el grupo de clase habitual las sesiones de educación personal, social y de salud, impartidas por el profesor. Método enmascaramiento: Un estadístico seleccionó al azar una secuencia de un subconjunto con las propiedades de equilibrio más deseables que eran la escuela, grupos de año, número de estudiantes, el número de clases, la frecuencia y el horario. Pérdidas post aleatorización: En el grupo de TCC realizaron 1753 participantes, de los que realizaron el seguimiento 296 En el control de la atención realizaron 1673 participantes el programa y realizaron el seguimiento 308 y el grupo de clase habitual fue realizado por 1604 participantes, de los que realizaron el seguimiento 242.	Efectos clínicos beneficiosos: A los 12 meses, las puntuaciones medias ajustadas en el cuestionario de estado de ánimo y sentimientos cortos no difirieron para la terapia cognitivo-conductual versus el control de la atención (-0,63; intervalo de confianza del 95%: -1,85 a 0,58, p = 0,41) o para la terapia cognitivo-conductual versus la provisión escolar habitual (0,97, -0,20 a 2,15, p = 0,12). Se encontró mayor respuesta a la terapia cognitivo conductual en comparación al control de la atención, un 36% frente al 29%. Efectos adversos: No	Los resultados mostraron que los programas de depresión en el aula con adolescentes no presentan efectos significativos para la prevención de la depresión juvenil, pero en cambio, los participaron tomaron mayor conciencia de sus síntomas depresivos.	ALTA

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DEL ESTUDIO
Stice et al. (2010)	Diseño: Ensayo controlado aleatorizado Objetivos: Evaluar los efectos de un programa de prevención de la depresión basado en la terapia cognitivo conductual grupal para adolescentes con síntomas depresivos. Localización y periodo de realización: Estados Unidos Texas	Población: Los participantes fueron 341 estudiantes de seis escuelas de secundaria con una edad media de 15 años, que presentaban síntomas depresivos y que obtuvieran una puntuación de 20 o más en el CES-D. Intervención: El grupo de intervención de prevención de la depresión se basa en el programa Clarke et al. (1995), la intervención grupal expresiva de apoyo únicamente se trabaja la identificación y expresión emocional y la alianza terapéutica. La intervención de biblioterapia CB recibían un folleto con estrategias para prevenir y reducir los estados de ánimo negativo. Y el folleto educativo es el grupo control que explicaba que era la depresión mayor y las recomendaciones. Comparación: Evaluar la eficacia de programas de prevención que consisten en TCC grupal, intervención expresiva de apoyo grupal, biblioterapia y condición de control de folleto educativo. Resultados analizados: Se median los síntomas depresivos con el K-SADS y el BDI, el ajuste social mediante 17 ítems de la Escala de Ajuste social Autoinforme para Jóvenes Tiempo de seguimiento: Se realiza seguimiento a los 6 meses, 1 año y 2 años.	Nº participantes/grupo: Se seleccionaron 698 participantes inicialmente, de los excluidos 357. En el grupo de Prevención de depresión la participación fue de 89, la intervención de expresión emocional fue de 88 participantes, la intervención de biblioterapia fue de 80 participantes y el grupo control de 84. Intervención grupo experimental: El grupo de intervención recibía seis sesiones semanales de 1 hora, que se trabajaba la alianza, actividades placenteras, reestructuración cognitiva, afrontamiento a situaciones estresantes y la motivación. La intervención grupal expresiva de apoyo recibía 6 sesiones de 1 hora donde identificaban y expresaban sentimientos, sin entrenar ninguna habilidad. La intervención biblioterapia consistía en darles técnicas para reducir los estados de ánimo negativos mediante un libro de autoayuda. Intervención grupo control: Se les entrega un folleto informativo donde se describe la depresión mayor y recomienda tratamientos para jóvenes deprimidos. Método enmascaramiento: Los participantes fueron asignados al azar, según género y escuela y utilizando números aleatorios generados por computadora para la condición de intervención. Pérdidas post aleatorización: Se produjeron 357 pérdidas porque presentaban criterios de diagnóstico para la depresión o presentaban ideación suicida.	Efectos clínicos beneficiosos: Las interacciones tiempo y condición indicaron que hubo un cambio significativamente diferencial entre las condiciones para los síntomas depresivos: $F = 3.07$; $p < 0,001$ y puntajes BDI: $F = 3.80$; $p < 0,001$, pero no para ajuste social. Los participantes del grupo experimental TCC mostraron reducciones significativamente mayores en los síntomas depresivos que los participantes de control del folleto en el seguimiento de 1 año y en comparación con los participantes en biblioterapia en el seguimiento de 1 y 2 años, pero no en relación con los participantes expresivos de apoyo. Los participantes expresivos de apoyo mostraron una mayor reducción de los síntomas que los participantes en biblioterapia a los 2 años de seguimiento. El riesgo de aparición de depresión mayor o menor durante el seguimiento de 2 años fue significativamente menor para los participantes del grupo CB (14%; OR = 2,2) y participantes en biblioterapia CB (3%; OR = 8,1) que los controles de folleto (23%). Efectos adversos: No	Los resultados indican que esta intervención de CB grupal reduce los síntomas iniciales y el riesgo de futuros episodios depresivos, aunque tanto la terapia expresiva de apoyo como la biblioterapia CB también producen efectos de intervención que persisten a largo plazo.	ALTA

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DEL ESTUDIO
Rice et al. (2015)	Diseño: Ensayo no aleatorizado Objetivos: Comparar tres programas de prevención en el aula para la depresión adolescente (TRY, TCC, MBCT) y determinar los mecanismos cognitivos de cambio en estos programas. Localización y periodo de realización: Sudeste de Inglaterra, Reino Unido	Población: Jóvenes de entre 13 y 14 años de edad de tres escuelas del sudeste de Inglaterra. Intervención: Investigar y comparar los mecanismos cognitivos de los tres programas de prevención en el aula el (Behavioral Activation with Reward Processing, "Thinking about Reward in Young People" (TRY); Terapia Cognitiva Conductual (TCC) y Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT). Comparación: Se compara los tres programas de prevención en el aula. TRY (Procesamiento de recompensas), TCC (Terapia cognitiva conductual), MBCT (atención plena) y con el grupo comparador PHSE que trabajaba la salud personal y la educación social. Resultados analizados: Si, pretenden estudiar los síntomas depresivos mediante el Cuestionario de Estado de Ánimo y Sentimientos, el procesamiento de recompensas con el CGT, autocreencias negativas con el DASC y la memoria autobiográfica con el SCEPT. Tiempo de seguimiento: Las evaluaciones se realizan antes y después de la intervención, con un seguimiento de nueve meses después.	Nº participantes/grupo: Un total 256 adolescentes, 50 para el programa de TRY, 53 para el programa TCC, 54 para el programa MBCT y 99 el grupo comparador PHSE. Intervención grupo experimental: El programa TRY tuvo como objetivo mejorar el procesamiento de recompensas a través de actividades de experiencias gratificantes para mejorar el estado de ánimo y evaluar el riesgo potencial y las recompensas involucradas en la toma de decisiones cotidianas. El programa de TCC tenía como objetivo cambiar los estilos de pensamiento negativo, fomentando la evaluación de los pensamientos y promoviendo estilos de afrontamiento positivos y la resolución de problemas. El programa MBCT promovió la conciencia y la aceptación de los pensamientos y sentimientos actuales y desarrollar la regulación de la atención y el estado de ánimo a través de la meditación guiada y la prestación consciente de atención a la respiración Intervención grupo control: El grupo comparador (PHSE) tendrán 8 sesiones de 50 minutos donde obtendrán conocimientos sobre la salud mental y la educación social, además de psicoeducación de la depresión. Método enmascaramiento: Sin información Pérdidas post aleatorización: Sin información	Efectos clínicos beneficiosos: Los datos iniciales sostienen que los adolescentes con síntomas depresivos más altos tenían más autocreencias negativas ($r = .29, p < .001$) y mostraban mayor reafirmación de ellas ($r = -.34, p < .001$). Además, los síntomas depresivos también se asociaron con una menor búsqueda de recompensas. Tras la intervención los resultados que se encontraron fueron que la búsqueda de recompensa en la intervención TRY aumentaba significativamente, independientemente de la probabilidad de recompensa ($B = .12, SE = .04, p = .01$). En cuanto a los recuerdos autobiográficos TRY y MBCT mostraron disminuciones no significativas en la memoria autobiográfica general en comparación con PHSE (TRY $B = -.04, SE = .05, p = .45$; MBCT $B = -.03, SE = .05, p = .62$) Por último, los cambios en los síntomas depresivos después de la intervención mostraron que TRY se asoció con una reducción significativa de los síntomas en comparación con la TCC ($B = -.55, SE = .23, p = .02$) y MBCT ($B = -.80, SE = .23, p = .001$). La TCC y la TMB no difirieron ($B = .25, SE = .22, p = .25$). Con relación al cambio cognitivo y el cambio en los síntomas depresivos se establece que el cambio en la búsqueda de recompensas se asoció con cambios en la depresión ($B = .92, SE = .24, p < .001$) Efectos adversos: No	Try fue la única intervención que presentó efectos de cambio porque los participantes redujeron los síntomas depresivos en el seguimiento. También los resultados mostraron que la búsqueda de recompensas aumentó después de TRY. En los otros programas hubo cambios no significativos en los mecanismos cognitivos, con autocreencias negativas más reflexivas en la TCC y menos recuerdos autobiográficos demasiado generales en MBCT En el programa TRY, que se centró en aumentar la sensibilidad a las actividades gratificantes, la búsqueda de recompensas aumentó y esto se asoció con una disminución de los síntomas depresivos. Según los datos de la relación de los síntomas depresivos y las autocreencias negativas indican la asociación entre los síntomas depresivos y las autocreencias negativas menos reflexivas. Se determina que la TCC y el TRY se asociaron con una mayor disminución de los síntomas depresivos para los alumnos con una menor búsqueda de recompensa al inicio del estudio. Las autocreencias negativas no moderaron el cambio en los síntomas depresivos en ninguno de los tres grupos de intervención y que el cambio en la búsqueda de recompensas se asocia con el cambio en la sintomatología depresiva, especialmente en la intervención de TRY con PHSE	MEDIA

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DEL ESTUDIO
Poseel, et al. (2005)	Diseño: Ensayo controlado aleatorizado Objetivos: Reducir los factores de riesgo de la adolescencia y prevenir el aumento de los síntomas depresivos mediante un programa de prevención universal basada en la terapia cognitiva conductual. Localización y periodo de realización: Alemania,Tubinga.	Población: Jóvenes con una media de edad de 14 años procedentes de seis escuelas diferentes asignados aleatorimante al grupo experimental y control. Intervención: Es un programa de prevención universal que entrena las habilidades de afrontamientos de la vida cotidina, programa LISA que sigue el modelo de competencia social descrito por Dodge (1993). Comparación: Se utiliza un diseño prospectivo que compara el grupo de entrenamiento en tres momentos diferentes (antes-después y a los 3 meses) y los resultados analizados. Y el grupo control se compara con un grupo de entrenamiento.Además, de la comparación entre grupo experimental y control. Resultados analizados: Se pretende estudiar los siguientes factores con los cuestionarios que se especifican a continuación: los síntomas depresivos con el CES-D, los pensamientos automáticos con el ATQ, el apoyo social con FESU, la autoeficacia con GSE, los eventos de la vida con el BJL, las dificultades diarias con el HASSUP Tiempo de seguimiento: El tiempo de seguimiento son tres meses después de implementar el programa, con una evaluación pre-post.	Nº participantes/grupo: El número de participantes fue de 309 participantes, distribuidos en grupo control en 142 y grupo experimental en 167. Intervención grupo experimental: Se administro una vez por semana durante 10 semanas, impartido por un psicólogo y un coterapeuta para entrenar las habilidades de afrontamiento de las situaciones cotidianas. Los participantes no conocían el objetivo principal del estudio. Intervención grupo control: El grupo control continuaron con sus clases académicas Método enmascaramiento: Se asignó al azar lanzando una moneda al aire para que los participantes fueran asignados a cada grupo. Pérdidas post aleatorización: En el grupo de experimentación se produjeron 37 pérdidas y en el grupo control se produjeron 26 pérdidas.	Efectos clínicos beneficiosos: En la evaluación inicial se encontró relación entre los síntomas depresivos y la autoeficacia $F= 47.93$, $p = .000$ (autoeficacia baja: $M = 18,72$; autoeficacia alta: $M = 12.04$) y pensamientos disfuncionales, $F = 11.53$,$p= .001$ (autoeficacia baja: $M = 52,97$; autoeficacia alta: $M = 46,18$). Los resultados manifiestan que los participantes del grupo experimental reducian los síntomas depresivos $F= 6.04$, $p < .05$ y aumentaban la autoeficacia tras la evaluación post $F = 7.17$, $p < .01$ A los tres meses después, el nivel de depresión de adolescentes con baja autoeficacia fue significativamente más bajos en el grupo de entrenamiento ($n = 42$, media = 12,02, SD = 6,18) que en el grupo control ($n = 30$, media = 17,17, SD = 7,65), $F = 10,21$, $p < .01$, $g = 0,75$ (IC del 95 % para el tamaño del efecto = 0,26 – 1,24). En cuanto al apoyo social se muestra dos diferencias relacionadas con el tamaño y la frecuencia de la red social. El grupo experimental aumentaba la red social en la evaluación posterior ($n = 95$, media = 2.27, SD = 1.36) y 3 meses de seguimiento ($n = 95$, media = 2,57, DE = 1,80),$F = 4.10$,$p < .05$, $g = .19$ (95% IC para el tamaño del efecto = - 0,10 – 0,48). Y la frecuencia en el grupo control con baja autoeficacia fueron disminuyendo en la evaluación posterior ($n = 28$, media = 3.45, SD = .99) y 3 meses de seguimiento ($n = 28$, media = 3,09, DE = 0,97),$F = 5.03$, $p < .05$, $g = 0,37$ (IC 95 % para tamaño del efecto = - 0,17 - 0,91). Efectos adversos: No	Se observa que la autoeficacia está altamente relacionada con la presencia de síntomas depresivos, cuanto mayor autoeficacia menor son los síntomas depresivos. Otro aspecto importante es el tamaño y la frecuencia de la red, ya que aquellos que aumentaron la frecuencia en la red social presentaban mejoría, en comparación al grupo control que redujeron su red social y aumentaron los síntomas depresivos e incluso en aquellos que presentaban mayor autoeficacia. En conclusión, la alta autoeficacia está altamente relacionado con la reducción de los síntomas depresivos.	ALTA

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DEL ESTUDIO
Lillevoll et al. (2014).	Diseño: Ensayo controlado aleatorizado Objetivos: Estudiar la viabilidad y la eficacia del programa de prevención universal de salud mental autodirigido por internet para reducir los síntomas depresivos y aumentar la autoestima de los y las jóvenes. Localización y periodo de realización: Los participantes procedían del condado de Troms en el norte de Noruega y se lleva a cabo de septiembre a noviembre del 2009.	Población: Se incluyen cuatro grupos de participantes con una edad media de 16.78, procedentes de 4 escuelas de secundaria de Noruega. Se valora el nivel de estudios, la necesidad de ayuda y el uso de los servicios de salud mental. Intervención: Es un programa interactivo de prevención universal basado en la terapia cognitivo conductual para prevenir y reducir los síntomas depresivos en los jóvenes. Comparación: Grupo control y el grupo basal (solo respondían a la encuesta inicial) Dentro de los 3 grupos de intervención: El grupo 2 “MoodGym sin recordatorios” tras una semana de la encuesta de referencia recibe el acceso y se indica que deben completarlo por semana El grupo 3 “MoodGym con recordatorios estándar”, recibió lo mismo que el grupo 2, más correos electrónicos estándar con introducción general al tema de cada módulo. El grupo 4 “MoodGym con recordatorios personalizados” reciben el mismo contenido que el Grupo 2 y los correos electrónicos son personalizados individualmente desde la información recopilada en la encuesta de referencia según el	Nº participantes/grupo: Participaron 707 estudiantes, de los 775 previstos. En el grupo control (n = 180) y los grupos de intervención el grupo 2 sin recordatorio (n = 176), el grupo 3 recordatorios estándar (n 176) y el grupo 4 con recordatorios personalizados el (n = 175). En total fueron unos 369 que terminaron el programa. Intervención grupo experimental: La evaluación se realiza al inicio y después de la intervención a las 6-7 semanas, distribuidos en cinco módulos con un tema específico y ejercicios prácticos. Tienen una duración entre 30 y 45 minutos. En general, se basa entrenamiento cognitivo, emocional y estrategias de control cognitivo y afrontamiento de los eventos estresantes. En el grupo 4 el primer mensaje personalizado incluyó comentarios sobre el riesgo individual de depresión basados en el CES-D; el segundo mensaje incluía información sobre su nivel actual de autoestima; el tercer mensaje proporcionó información sobre el contenido del módulo tres en MoodGYM adaptado a su nivel de depresión; el cuarto mensaje proporcionó información sobre su nivel de autoeficacia; el quinto mensaje introdujo el tema del módulo cinco adaptado a su nivel de autoestima. Los correos electrónicos a los participantes con bajos niveles de síntomas depresivos, alta autoestima y autoeficacia se adaptaron para alentar el uso de MoodGYM con el fin de aprender más sobre los problemas de salud mental. Intervención grupo control: El grupo basal solo responde a la encuesta inicial. El grupo de control recibió un correo electrónico dentro de una semana después de la encuesta de referencia informándoles que estaban inscritos en el estudio y que recibirían más información. Después de la prueba posterior, todos los estudiantes fueron informados de que habían sido parte del grupo de control y sobre cómo obtener acceso a MoodGYM. Método enmascaramiento: La aleatorización se llevó a cabo utilizando el SPSS para generar números aleatorios, que luego se ordenaron en orden	Efectos clínicos beneficiosos: Los resultados mostraron que los 4 grupos MoodGym frente al grupo basal (solo encuesta) establecen diferencias, el grupo MoodGYM tenía un grado más alto $F(1,1285) = 13.90$, $p < .001$, más síntomas depresivos $F(1,1332) = 19.23$, $p < .001$ y una autoestima más baja $F(1,1317) = 16.31$, $p < .001$ en comparación con el grupo solo de encuesta. Además, no se observan diferencias en las puntuaciones de autoeficacia. Entre los grupos MoodGym no se encontraron diferencias significativas en depresión o autoestima, los datos obtenidos fueron $F(2,522) = 1.04$, $p = .36$. Se examinaron las posibles diferencias al inicio del estudio en los síntomas depresivos, la autoestima y la autoeficacia entre los tres grupos de intervención no hubo diferencias significativas entre los grupos de intervención en sexo, edad, grado promedio, necesidad actual de ayuda, síntomas depresivos, autoestima o autoeficacia $F(14,998), 1.16$, $p = .30$ Efectos adversos: No	Según los datos obtenidos no se encontraron evidencias significativas en la prevención a partir de una intervención de salud mental autodirigida totalmente automatizada basada en internet en las escuelas secundarias superiores para mejorar la autoestima y reducir el riesgo de depresión de los participantes.	ALTA

riesgo de depresión, el nivel de autoeficacia y la autoestima.

Resultados analizados:

Evalúan el nivel de depresión con el CES-D, la autoeficacia utilizando el GSE y la autoestima utilizando el RSES

Tiempo de seguimiento:

Sin información

ascendente y se asignaron números del 1 al 4.

Pérdidas post aleatorización:

En el grupo control el número de pérdidas fue de 46 participantes y en los grupos de intervención 158 pérdidas.

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DEL ESTUDIO
Gaete et al. (2016)	Diseño: Ensayo controlado aleatorizado. Objetivos: Estudiar la efectividad de un programa de prevención universal para reducir los síntomas depresivos entre los adolescentes en riesgo de familias de bajos ingresos. Localización y periodo de realización: Santiago de Chile. Escuelas municipales de Santiago de Chile	Población: Participantes con una edad media de 15 años, procedentes de once escuelas municipales de Santiago de Chile, de familias con bajos ingresos económicos y que presentaran síntomas depresivos leves Intervención: Es un programa de prevención universal grupal basado en la teoría de Ellis (Pienso, siento, actúo) donde se incluye entrenamiento en habilidades sociales. Comparación: Se compara el grupo de intervención basado en Pienso – Siento Actúo con el grupo control que no recibía intervención y continuaron con su actividad escolar normal. En ambos grupos, se encontraban jóvenes con y sin síntomas depresivos. Resultados analizados: Se utilizó el Inventario de Depresión de Beck II para evaluar los síntomas depresivos y la tasa de recuperación para determinar los resultados primarios. Los resultados secundarios se utilizó la Escala de ansiedad y depresión infantil (RCADS) para evaluar los síntomas de los trastornos de ansiedad y la depresión mayor. Y se utiliza el CATS para evaluar las autodeclaraciones negativas, como los pensamientos sobre amenaza física, amenaza social, el fracaso personal y la hostilidad. Y por último se evaluó la resolución de conflictos mediante el SPSI-R Short Form. Otras variables contempladas fueron el consumo de alcohol y cannabis Tiempo de seguimiento: Se indica que los participantes estuvieron 12 meses en el estudio. Pero el seguimiento se realizó a los 3 meses	Nº participantes/grupo: Un total de 342 adolescentes. En el grupo de intervención participaron 229 y en el grupo control 113 Intervención experimental: La intervención la realizaba dos psicólogos en 8 sesiones semanales de 45 minutos donde trabajaban la psicoeducación, restructuración cognitiva, el afrontamiento de conflictos, el seguimiento del aprendizaje y la planificación de futuro. La evaluación de la sintomatología se evalúa al inicio y a los tres meses. Intervención grupo control: El grupo control continuo con sus clases escolares sin ningún tipo de intervención. Método enmascaramiento: Lo hizo una persona independiente asignando números aleatorios para formar los grupos de intervención. Se generó una lista de los participantes, donde se genera una lista aleatoria mediante un programa informático, realizando Pérdidas post aleatorización: Se produjeron pérdidas post aleatorización en el grupo de intervención de 42 participantes y en el grupo control de 21 participantes.	Efectos clínicos beneficiosos: A los tres meses, la tasa de recuperación del grupo de intervención (tasa de recuperación es del 50.3) fue de 10% mayor que el grupo control (tasa de recuperación es del 40.2). Del conjunto de variables, no se encontró un efecto de interacción entre el sexo y el tipo de tratamiento (ROR= 1.08; p = 0.883). No obstante, si se halló un efecto de interacción significativo entre la puntuación de BDI-II en línea base y el tipo de intervención (ROR = 0.93; p = 0.016). Se encontró variación en la tasa de recuperación entre el grupo de intervención (de 40,91 % a 83,33 %; diferencia 42,42 %) y el grupo control (de 22,22 % a 66,67 %; diferencia 44,45 %). Efectos adversos: No	Se concluye que el programa de prevención no es eficaz para reducir los síntomas depresivos en adolescentes, pero si establece que existe cambios de recuperación en ambos grupos y un 10% mayor en el grupo de intervención. Entre la interacción entre el grupo y la línea basal del BDI-II muestra que los estudiantes que tenían síntomas depresivos leves y moderados al inicio del estudio tuvieron mayor adherencia al programa de intervención.	ALTA