

VIABILIDAD DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN FACILITADA POR MAESTRAS* EN PUERTO RICO**

FEASIBILITY OF A DEPRESSION PREVENTION PROGRAM FACILITATED BY TEACHERS IN PUERTO RICO

Recibido: 12 de Junio de 2016 | Aceptado: 30 de Septiembre de 2016

Emily Sáez-Santiago ¹, Jessica Torres Arroyo ¹

¹ Universidad de Puerto Rico Recinto Río Piedras

RESUMEN

La depresión ha sido señalada como la condición que genera más incapacidad a nivel mundial. Su manifestación afecta negativamente tanto a la persona que la padece como a su entorno. Su prevalencia en adolescentes es alta. En Puerto Rico se ha estimado que cerca del 10% de los/as adolescentes presenta síntomas significativos de depresión que interfieren con su funcionamiento. Ante este escenario es necesario implementar intervenciones para prevenir el surgimiento de la condición. Este artículo presenta los resultados de un estudio para evaluar la viabilidad de que maestras pudieran facilitar un programa de prevención de la depresión en adolescentes en escuelas públicas de Puerto Rico. Ocho maestras facilitaron el programa basado en la teoría cognitiva-conductual en 11 grupos de séptimo grado. La viabilidad de la implementación fue evaluada recogiendo las opiniones de las maestras en un grupo focal y entrevistas realizadas luego de la experiencia de facilitación. También, se evaluó midiendo el nivel de adherencia y competencia que mostraron al conducir las reuniones del programa. El análisis de contenido del grupo focal y de las entrevistas indicó que, aunque las maestras sintieron no estar preparadas para atender situaciones en donde los/as jóvenes divulgaran situaciones emocionales serias, en su mayoría se sintieron cómodas y competentes con su ejecución, han continuado usando actividades del programa y repetirían la experiencia de facilitar nuevamente la intervención. Las maestras en promedio mostraron buena adherencia y competencia en la facilitación del programa.

PALABRAS CLAVE: Viabilidad, prevención de depresión, maestras facilitadoras.

ABSTRACT

Depression has been identified as the condition that generates more disability worldwide. The manifestation of this disorder adversely affects the person suffering and those who surround him or her. Its prevalence in adolescents is high. In Puerto Rico it has been estimated that about 10% of adolescents have significant symptoms of depression that interfere with their functioning. Given this scenario, it is necessary to implement interventions to prevent the onset of the condition. This article presents the results of a feasibility study that evaluated if teachers could facilitate a prevention program depression in adolescents at public schools of Puerto Rico. Eight teachers facilitated a cognitive behavioral-based theory program in 11 groups of seventh grade. The feasibility of implementation was assessed by obtaining the opinions of the teachers in a focus group and interviews after the experience of facilitation. Also, the program was evaluated by measuring the level of adherence and competence that teachers showed when delivering the program. The content analysis of focus groups and interviews indicated that, although the teachers felt not being prepared to address situations where adolescents disclose serious emotional situations, the majority were comfortable and felt competent during the implementation, they continued using activities of the program and would repeat the experience of facilitating the intervention. Teachers on average showed good adherence and competence while facilitating the program.

KEY WORDS: Feasibility, prevention of depression, facilitator teachers.

* La intervención fue facilitada por seis maestras, un maestro y una orientadora. No obstante, en este artículo se usa el término maestras para referirnos a todo el personal escolar que facilitó la intervención. ** Los datos que se presentan en este artículo forman parte de un estudio apoyado por el National Institute of Mental Health (K23MH081135). Las autoras desean agradecer a los/as asistentes de investigación que colaboraron en las distintas fases de este estudio y a los doctores Guillermo Bernal e Irwin Sandler por la mentoría ofrecida durante la implementación del estudio.

Puede dirigir la correspondencia relacionada a este artículo a: Emily Sáez-Santiago, Ph.D., Instituto de Investigación Psicológica, Universidad de Puerto Rico, PO Box 23174, San Juan, PR 00931-3174. E-mail: emily.saez1@upr.edu

La depresión es la principal causa de discapacidad en personas entre las edades de 15 y 44 años a nivel mundial (Murray & López, 1996). Los trastornos de depresión son también la principal causa de años perdidos por discapacidad en jóvenes de 10 a 14 años de edad, según calculados por la prevalencia y la carga de morbilidad de la condición (World Health Organization, 2016). El costo directo o indirecto de la depresión en Estados Unidos (EE.UU.) se estimó en \$210 billones al año, lo que representa un aumento de 21.5% desde el año 2005 al año 2010 (Greenberg, Fournier, Sisitsky, Pike y Kessler, 2015). En el 2000, los trastornos de depresión fueron la principal causa de admisiones en hospitales psiquiátricos comunitarios en Estados Unidos, constituyendo el 40.1% de tales admisiones en menores de 18 años de edad (Case, Olfson, Marcus & Siegel, 2007). En Puerto Rico, se estimó que 9.7 de los/as jóvenes entre las edades de 11 a 17 años manifestaron depresión mayor o menor causando deterioro significativo (González-Tejera et al., 2005). Ante este cuadro, las intervenciones preventivas para la depresión en la pre - adolescencia son necesarias para disminuir significativamente la aparición de la depresión en la adolescencia y el impacto negativo asociado con el trastorno.

Estudios han demostrado que la depresión puede ser prevenible utilizando, mayormente, intervenciones con orientación cognitiva-conductual (Van Acker & Mayer, 2009). Estas intervenciones de prevención han sido implementadas, generalmente, en contextos escolares por profesionales de la conducta humana bajo condiciones controladas inherentes a la investigación (Weist, Stiegler, Stephan, Coxy & Vaughan, 2010). Varios programas han demostrado ser eficaces en la reducción de los síntomas depresivos y la incidencia de la depresión mayor (Gladstone, Beardslee & O'Connor, 2011; Horowitz & Garber, 2006). Sin embargo, si bien estos programas han sido eficaces, no han demostrado ser efectivos cuando se administran bajo condiciones

reales en organizaciones comunitarias (Pössel, 2005). Esto ocurre porque las intervenciones que han mostrado ser eficaces se implementan en contextos académicos o investigativos, pero no necesariamente en contextos reales de vida (Beck, 2005). Es así como existe una discrepancia entre lo que se conoce acerca de intervenciones eficaces y lo que se provee y consumen las personas que reciben servicios rutinarios en centros comunitarios de salud mental (Aarons, Hurlburt & McCue, 2011; Proctor, Landsverk, Aarons, Chambers, Glisson, & Mittman, 2009). En palabras de Echeburúa y Corral (2001) "existe un desfase entre lo que se sabe y lo que se usa" (p.4). Esta situación es una de las grandes dificultades que actualmente enfrentan las investigaciones y los servicios de salud mental (Proctor et al., 2009). Sobre el caso particular de la prevención de la depresión en jóvenes, Merry & Spence (2007), tras hacer una revisión sistemática, concluyeron que los intentos por replicar los resultados de intervenciones para prevenir la depresión en escuelas o centros de cuidado primario no han sido exitosos.

Un reto importante para la investigación es demostrar la efectividad de los programas de prevención de la depresión cuando se facilitan en sistemas naturales donde se ofrecen servicios de salud mental. Una intervención es efectiva cuando es trasladada y aplicada a contextos reales y sigue teniendo los mismos resultados que tuvo bajo condiciones controladas (Bower, 2003). La efectividad remite a la práctica en el mundo real. Cuando se indica que una intervención es efectiva se entiende que la misma es viable y generalizable a contextos no controlados (Bados, García & Fuste, 2002). La adopción de un programa de prevención específico requiere que el mismo sea implementado con alta fidelidad, aumentando así la probabilidad de que su impacto sea similar al encontrado en los estudios originales de eficacia (National Research Council and Institute of Medicine,

2009). Debido a que los contextos donde se desarrollan las intervenciones que han mostrado ser eficaces tienen muy poca similitud con lo que es el mundo real, el proceso de traslación e implementación de la intervención a un contexto real conlleva grandes retos y ajustes.

Un programa de prevención efectivo tiene como característica incluir la participación de la comunidad donde se realiza (Weissberg, Kumpfer & Seligman, 2003). En el caso de un programa de prevención en las escuelas, la mejor manera de cumplir con este criterio es mediante la incorporación de personal escolar (maestros/as, trabajadores/as sociales, consejeros/as y directores/as) en todas las fases de la elaboración y aplicación de la intervención. Si no se cumple con este criterio se dificulta el acogimiento de la intervención por parte de la comunidad, en este caso del sistema escolar (National Research Council and Institute of Medicine, 2009). En el estudio que presentamos en este artículo la participación del personal de la escuela fue esencial. El mismo integró la consultoría de educadoras en diversas etapas del estudio, desde su diseño para hacer ajustes necesarios que facilitarían su realización en las escuelas, así como en la evaluación de la implementación de la intervención en un estudio pre-piloto, hasta la facilitación de la intervención (Sáez-Santiago, Rodríguez, Nuñez & Bernal, en imprenta).

Hasta el momento, en Puerto Rico no se han realizado estudios para evaluar intervenciones de prevención de la depresión en adolescentes. Un estudio piloto para evaluar la viabilidad, aceptación e impacto en la sintomatología de un programa de prevención de la depresión en adolescentes denominado como Programa de Estrategias para Mantener un ánimo Saludable (EMAS) fue realizado en escuelas públicas en el área metropolitana del país. EMAS es una adaptación del Manual de Prevención de la Depresión: Cómo Fomentar un ánimo Saludable diseñado en Puerto Rico

(Rosselló, Jiménez-Chafey, Sáez-Santiago, Borrero, De Jesús, & Álvarez, 2006). Consiste de una intervención manualizada sustentada en la teoría cognitiva conductual cuyo fin es eliminar o reducir factores de riesgo y fortalecer o desarrollar factores protectores para la depresión. El objetivo principal de la intervención es enseñar estrategias que puedan ser utilizadas para enfrentar efectivamente las adversidades de la vida. EMAS puede ser impartido por legos y, en el caso de este estudio, además de ser implementado en un contexto real como la escuela, fue facilitado por maestras. Detalles sobre el desarrollo del programa y de su adaptación al contexto escolar de Puerto Rico, así como información sobre cómo el programa fue aceptado por los/as adolescentes que participaron del mismo son presentados en otras publicaciones (Sáez-Santiago, Rodríguez, Nuñez & Bernal, en imprenta; Sáez-Santiago, Rodríguez & Rodríguez, 2013).

La implementación de programas de prevención en las escuelas enfrenta grandes retos, que incluyen el acceso a la escuela, la aprobación y entendimiento del protocolo de intervención y de evaluación en un contexto que frecuentemente está sobre cargado con otras prioridades académicas (National Research Council and Institute of Medicine, 2009) y organizacionales. A pesar de los retos, existen oportunidades para implementar programas de prevención de desórdenes emocionales y conductuales en las escuelas. Las escuelas son los lugares idóneos para ofrecer servicios de salud mental a niños/as y adolescentes. Owens & Murphy (2004) enumeran las siguientes razones por las cuales las intervenciones de salud mental deben efectuarse en las escuelas: (a) reduce la barrera de acceso a los servicios, (b) permite el cernimiento y la detección temprana de problemas, (c) ofrece servicios especializados en un contexto menos estigmatizante, (d) enseña y refuerza destrezas sociales y conductuales en un contexto de ambiente natural lo que aumenta la probabilidad de un cambio

significativo y sostenible, y (e) los servicios de salud mental son congruentes con la misión académica y de competencia social de las escuelas. No obstante, la mayoría de los programas de prevención que se implantan en escuelas están relacionados al uso de sustancias y no necesariamente a la salud mental (National Research Council and Institute of Medicine, 2009).

El objetivo de este artículo fue evaluar la viabilidad de que maestras del sistema de educación pública de Puerto Rico pudieran facilitar el programa de prevención de la depresión Estrategias para Mantener un ánimo Saludable en sus cursos de séptimo grado. Esa viabilidad se evaluó obteniendo las opiniones de las maestras sobre su experiencia mientras facilitaron la intervención, además de determinar su nivel de adherencia al contenido del programa y sus destrezas de competencia como facilitadoras.

MÉTODO

Diseño

Este estudio sigue una metodología mixta para recopilar y analizar datos usando estrategias cuantitativas y cualitativas (Creswell & Plano Clark, 2011).

Participantes

Seis maestras, un maestro y una orientadora facilitaron la intervención en cuatro escuelas en el Distrito Escolar de San Juan en Puerto Rico, con edad promedio de 44.88 (DE=10.29) y 18.63 (DE=6.70) años promedio enseñando. Las maestras tenían diferentes preparaciones académicas, grados universitarios y enseñaban diversas materias, tales como salud, música, español, ciencias, matemáticas, inglés, y horticultura. Tres de las maestras poseían un grado académico de bachillerato, tres tenían maestría y dos maestras tenían un doctorado. La mayoría de las maestras (6) recibieron 16 horas de capacitación antes de comenzar la facilitación del programa. No

obstante, dos maestras recibieron una versión breve de seis horas de capacitación debido a que se unieron al proyecto con muy poco tiempo antes de comenzar la implementación del programa EMAS en sus escuelas.

Instrumentos

Hojas de Cotejo de la Adherencia. Estas hojas permitieron la evaluación de la fidelidad de las facilitadoras al contenido del Programa EMAS. Se desarrolló una hoja de cotejo diferente para cada una de las 14 sesiones de la intervención siguiendo el contenido de los manuales de intervención. Cada hoja enumeró los objetivos que se debió seguir en cada sesión. La evaluación de cada sesión se completó indicando si la maestra facilitadora realizó o no cada uno de los elementos particulares de la sesión. Para determinar la adherencia de cada sesión se calculó el porcentaje de tareas realizadas. La adherencia a la intervención completa se obtuvo promediando los porcentajes de adherencia de todas las sesiones de la intervención.

Hoja de Evaluación de Competencia. Con esta hoja se evaluó el nivel de competencia de las maestras tomando en consideración las destrezas que mostraron al conducir cada una de las sesiones de intervención. En esta escala el nivel de competencia alude a cuán bien fue implementada la intervención, identificando las fortalezas y debilidades de la persona que la facilitó. La escala evaluó las habilidades de las facilitadoras para: introducir y establecer la agenda de la reunión, hacer uso eficiente del tiempo, identificar y dar énfasis al tema relevante durante la discusión del grupo, hacer uso de preguntas y resúmenes frecuentes, explicar y asignar tareas para el hogar, y mostrar colaboración y comprensión mutua hacia los/as participantes del grupo. También examinó características personales favorables para la facilitación del grupo tales como la autenticidad, calidez, empatía, modo profesional e interacción que mostró el/la

facilitador/a. La evaluación se completó indicando si el criterio de competencia se realizó totalmente, parcialmente o no se realizó. Para determinar el nivel de competencia de cada sesión se calculó el porcentaje de criterios completamente y parcialmente realizados. La competencia a la intervención completa se obtuvo promediando los porcentajes de competencia en todas las sesiones de la intervención. Esta hoja de evaluación fue adaptada del Listado de Competencia de Terapeutas Cognitivos (Young & Beck, 1980).

Procedimientos

El protocolo de este estudio fue aprobado por las juntas revisoras que velan por la protección de participantes en investigación, tanto en la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras y por el Departamento de Educación de Puerto Rico (DE). Las escuelas participantes en este estudio fueron seleccionadas por disponibilidad. Con la debida autorización del DE, se contactaron directores/as de escuelas intermedias del Distrito Escolar de San Juan para explorar su interés en participar en el estudio. Las ocho escuelas cuyos directores/as aceptaron participar en el mismo fueron asignadas aleatoriamente a una de dos condiciones: programa EMAS o comparación. Las cuatro escuelas en la condición de intervención ofrecerían el programa EMAS como parte del programa de clases de grupos de séptimo grado. El/la director/a de la escuela identificó al personal escolar que facilitó la intervención. El Programa EMAS fue integrado al programa de clases de los/as estudiantes de algunos grupos de séptimo grado seleccionados por los/as directores/as de las escuelas participantes. En dos de las escuelas una maestra y una orientadora impartieron el programa a dos y a tres grupos de séptimo grado, respectivamente. En otra escuela dos maestras condujeron la intervención a un grupo de séptimo grado por separado y en otra, tres maestras y un maestro facilitaron la intervención en un grupo de séptimo cada

uno/a. En total 11 grupos de séptimo grado recibieron la intervención en las cuatro escuelas.

Las maestras recibieron un adiestramiento antes de comenzar la implementación del programa EMAS. Además, se realizaron reuniones semanales posteriores a cada sesión entre las facilitadoras, la investigadora principal del estudio y un/a asistente de investigación para evaluar la sesión ya realizada y planificar la sesión siguiente. Estas reuniones se efectuaron para todas las sesiones con cuatro de las facilitadoras (tres maestras y la orientadora). Las otras maestras y el maestro tuvieron entre tres a cuatro de estas reuniones debido a que indicaron que tenían su agenda de trabajo muy ocupada y que entendían que podían facilitar la intervención sin seguimiento adicional. Posteriormente, uno y dos años después de la facilitación del programa EMAS, se realizó un grupo focal con tres de las maestras y dos entrevistas individuales con otras dos maestras para obtener su evaluación sobre la experiencia al implementar la intervención.

Programa de Estrategias para Mantener un Ánimo Saludable. El manual del programa de prevención de la depresión EMAS es una adaptación del *Manual de Prevención de la Depresión: Cómo Fomentar un Ánimo Saludable* (Rosselló, Jiménez-Chafey, Sáez-Santiago, Borrero, De Jesús & Álvarez, 2006). Contiene 14 sesiones divididas en dos sesiones introductorias para conocer sobre los fundamentos, objetivos y reglas del programa y comenzar a conocer a los/as participantes del grupo; cuatro sesiones dedicadas a aspectos cognitivos como auto-concepto y restructuración cognitiva; tres sesiones conductuales enfocadas en estrategias para manejar el estrés y establecimiento de metas; cuatro sesiones con contenido interpersonal sobre asertividad, red de apoyo social, dinámicas familiares y manejo del coraje; y una sesión de cierre. Las sesiones se realizaron una vez

por semana en un periodo de clase de 60 minutos. Debido a diversos factores como la realización de otra actividad escolar, días feriados, ausencia de las maestras, aviso de tormenta, entre otros, las sesiones no pudieron ofrecerse de manera consecutiva en 14 semanas. Siete de las maestras completaron la implementación del programa durante los dos semestres académicos, en un lapso promedio de siete meses. Mientras que una maestra lo completó durante los cinco meses de un semestre académico.

Adiestramiento. La investigadora principal de este estudio en conjunto con asistentes de investigación facilitó el adiestramiento de cada una de las maestras antes de implementar el programa EMAS. El taller incluyó presentación de datos epidemiológicos sobre la depresión en adolescentes, discusión de fundamentos de la teoría cognitiva-conductual, estrategias para la gerencia en el salón de clase y presentación del contenido de cada una de las sesiones así como ejercicios prácticos de las actividades a realizarse en las sesiones. El taller estaba diseñado para completarse en 16 horas divididas en dos días. Seis de las maestras recibieron el adiestramiento según fue concebido, pero dos recibieron una versión abreviada del mismo porque fueron identificadas para ser facilitadoras muy cerca de la fecha de inicio del programa.

Evaluadores/as. La adherencia y competencia de las facilitadoras fue completada por asistentes de investigación, estudiantes de psicología a nivel graduado (n=8) o sub-graduado (n=3). Los/as asistentes de investigación estuvieron presentes en cada una de las sesiones para observar la ejecución de las maestras y completar las hojas de evaluación. Aunque se planificó tener dos evaluadores/as en todos los grupos a los que se les impartió el Programa EMAS para poder calcular índices de confiabilidad Kappa entre observadores/as, en cuatro de los grupos no se pudo lograr porque no disponíamos de

suficientes asistentes. Es por tal razón que los resultados que se presentan en este artículo incluyen la evaluación de solo un/a evaluador/a. En aquellos casos en donde teníamos información de dos evaluadores/as, se seleccionó aleatoriamente los datos provistos por uno/a de ellos/as.

Grupos focales y entrevistas. Las ocho maestras que implementaron el Programa EMAS fueron invitadas a participar de un grupo focal para obtener información sobre su experiencia como facilitadoras. Tres de las maestras pudieron asistir al grupo realizado en las facilidades del proyecto de investigación en la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras. Otras dos maestras indicaron tener horarios conflictivos por lo que se realizaron entrevistas individuales con cada una de ellas en sus espacios de trabajo. Una de las maestras indicó no estar disponible para participar y otras dos no contestaron nuestros mensajes. El grupo focal fue co-facilitado por la investigadora principal y una asistente de investigación. Esa misma asistente realizó las dos entrevistas individuales. El grupo focal tuvo una duración de 1 hora e incluyó preguntas guías sobre su evaluación del programa EMAS, percepción del impacto en sus estudiantes, cómo se sintieron implementando el programa, retos enfrentados, competencias que debe poseer un/a maestra para facilitar el mismo exitosamente y sus recomendaciones para mejorar la implementación del programa. Las entrevistas individuales se realizaron usando las mismas preguntas guías y tuvieron una duración de 35 minutos. Tanto el grupo focal como las entrevistas fueron grabados en audio y posteriormente transcritas *verbatim* por asistentes de investigación.

Análisis

Se realizaron análisis mixtos cualitativos y cuantitativos para evaluar los objetivos de este estudio. Para conocer sobre los retos al

implementar el Programa EMAS, se realizaron análisis de contenido de las transcripciones de la sesión del grupo focal y de las dos entrevistas realizadas a las maestras facilitadoras. La adherencia y competencia de las facilitadoras se obtuvieron por separado, determinando el porcentaje de criterios realizados en cada sesión y luego calculando el promedio de esos porcentajes para obtener el porcentaje de adherencia y competencia durante toda la implementación. Cuando una maestra impartió el Programa EMAS a más de un grupo, se promedió el porcentaje de adherencia y competencia para los grupos que facilitó.

RESULTADOS

Grupo Focal y Entrevistas

El análisis de contenido del grupo focal y de las entrevistas reflejó que las cinco maestras describieron su experiencia al facilitar el Programa EMAS como una positiva y valiosa. Todas consideraron que el contenido y diseño de la intervención es atinado para fortalecer la auto-estima y destrezas sociales necesarias para el desarrollo emocional saludable de los/as jóvenes. Indicaron que pudieron observar el impacto positivo del programa en muchos de sus estudiantes, quienes aplicaban estrategias aprendidas en el Programa EMAS en otras clases o en interacciones con otros/as en los pasillos de la escuela. También todas estuvieron de acuerdo en que el programa fue atractivo para los/as jóvenes y resaltaron que las sesiones que incluyeron actividades más interactivas fueron las más efectivas para motivar e interesar a los/as estudiantes.

Todas las facilitadoras estuvieron de acuerdo en que uno de los beneficios de facilitar el Programa EMAS fue el conocer mejor a sus estudiantes, lo que les permitió ser más sensibles a sus necesidades. Al respecto, una maestra señaló:

Salen cosas que uno nunca se entera de su estudiante, solamente cuando hay una situación que provoca. Entonces, uno puede entender, puede tratar a ese estudiante de una forma distinta en el salón de clase. Porque uno no sabe lo que está pasando en su cabeza y eso ayudó a uno a conocer mejor al estudiante.

De igual manera, otra maestra indicó:

Se prestaba para desarrollar una relación con los estudiantes más allá de lo que uno cotidianamente haría en el salón de clases con ellos. Yo conocí muchas individualidades y muchas cosas personales de familias de ese grupo de estudiantes míos que, si no hubiese sido por estas actividades y por este proyecto, yo no sabía que eso era parte de la vida de ellos o que eso estaba pasando en sus hogares. O sea, esos niños se abrieron, los niños contaban situaciones de problemas del hogar, momentos en que quizás una lagrima salió.

Dos de las maestras señalaron que otro de los beneficios que obtuvieron como resultado de la implementación del programa fue refrescar o ampliar conceptos psicológicos estudiados durante su formación académica como educadoras, lo que les permitió aplicarlos de manera más puntual con sus estudiantes. Por ejemplo, una mencionó:

Sirvió para refrescar algunos de los temas que habíamos escuchado durante la vida universitaria que de esta forma podíamos ponerla en función más concretamente.

Otro beneficio señalado por cuatro de las maestras fue el poder fortalecer y ampliar su propio repertorio de estrategias de manejo. Relataron cómo ellas han aplicado las estrategias que enseñaron en el Programa EMAS a nivel individual y en sus

interacciones con esposo, hijas o nietas.

Sobre los retos enfrentados durante la implementación del programa, todas coincidieron en que la mayor limitación fue no tener una preparación académica en salud mental. Las maestras comentaron que debido a esto se les dificultó abundar sobre algunos temas discutidos o responder a situaciones personales presentadas por sus estudiantes, ya que, se preocupaban que surgiera alguna situación o tema que no supieran manejar. Algunas de las verbalizaciones al respecto fueron:

Se le pudiera sacar más a estas actividades si la persona que está llevando la clase es especialista en esto, o sea, si fuese un psicólogo, los mismos que están a cargo del proyecto [de investigación]. Ellos son los que conocen sobre auto-estima, pensamientos y todos estos conceptos que se trabajan en el módulo. Yo creo que sería más enriquecedor si se lleva a cabo por personas que dominan esto.

Yo siempre decía que a mí se hacía difícil algunos términos porque yo no soy del área de la psicología.

En el caso de la escuela es que son estudiantes que necesitan mucha ayuda. Yo entiendo que alguien más capacitado, sabes, que tuviera más técnicas de trabajar con ellos. No sé si la orientadora, un psicólogo, pudo haber sido la trabajadora social, también intervenir.

Porque uno no sabe que contestarles, uno no sabe que contestarles como maestros. Yo me voy a las experiencias mías vividas, pues y así contesto yo, pero a lo mejor no es lo que está bien.

Me preocupaban esas situaciones de compartir eventos fuertes, pues no sé

si realmente una persona que no es especialista en esa materia tenga todas las herramientas.

Las recomendaciones de las maestras para atender este reto en futuras implementaciones fueron variadas e incluyeron que el programa: (a) sea facilitado por profesionales de la conducta humana o maestros/as de salud o estudios sociales, (b) tener un psicólogo/a disponible al terminar las reuniones por si es necesario hacer alguna intervención adicional, (c) sea facilitado por dos maestros/as, (d) proveer más referencias de textos en temas relacionados, (e) ampliar la discusión sobre el manejo de situaciones difíciles durante el adiestramiento, y (f) solicitar a los/as futuros/as maestras/os facilitadores/as que hagan demostraciones de las sesiones con temas “cruciales” y proveer insumo específico sobre sus destrezas.

Otro reto identificado por todas las maestras fue el aumento de su carga académica lo que les requirió disponer de tiempo adicional para prepararse previo a cada reunión. También todas estuvieron de acuerdo en que varias de las reuniones incluían mucho material para ser cubierto en una hora, lo que limitó que pudieran completarlas o proveer más tiempo para profundizar en la discusión o permitir que más estudiantes compartieran sus experiencias. En relación a este reto, recomendaron dividir algunas de las reuniones, eliminar alguna actividad de reuniones que incluían más de un ejercicio para presentar y discutir un tema, y facilitar la intervención con grupos más pequeños. Solo dos facilitadoras mencionaron retos adicionales. Estas dos facilitadoras indicaron que no recibieron el adiestramiento completo para prepararlas para la implementación, lo que dificultó su desempeño porque no se sentían totalmente capacitadas. Además, una de ellas expresó que en ocasiones se sentía estresada por actitudes de la directora de su escuela, lo

que en ocasiones pudo haber afectado su desempeño en las reuniones de EMAS. No obstante, la maestra señaló que recibió el apoyo de otros/as compañeros/as en su escuela, incluyendo otra maestra facilitadora del Programa EMAS. Indicó que el implementar la intervención fue “un despeje”, algo que disfrutó hacer. Otra de las maestras refirió que en la facilitación del programa le resultó difícil mantener el control de grupo debido a que había una parte de los/as estudiantes que no estaban interesados/as en el programa. Esta misma maestra verbalizó que parte del personal escolar no reconoció la importancia del programa y no le ofrecieron apoyo al mismo.

A pesar de los retos enumerados por las maestras, cuatro de ellas expresaron que se sintieron capacitadas y/o cómodas facilitando la intervención. Al respecto comentaron:

Me sentí bien capacitada...me sentí bien cómoda, me sentí saliendo de una rutina.

Para mí fue fácil porque al grupo le gustaba.

Bueno sí, las actividades son llevaderas. Sí, se pueden llevar a cabo con el adiestramiento adecuado tu entiendes la razón de ser de las actividades, el propósito del proyecto y tú lo puedes llevar a cabo.

Yo me sentí capacitada porque yo me preparaba súper bien.

Solo una de las maestras mostró dudas sobre su ejecución, indicando:

En mi caso como aquí [en el manual] te lo dice todo, tú te lo lees, cómo ellos lo vayan a recibir, ese es el problema...es que son estudiantes que necesitan mucha ayuda.

Todas las maestras, incluyendo la que dudó sobre el impacto de su facilitación, indicaron

que facilitarían el Programa EMAS con otros grupos de estudiantes. De hecho, cuatro de ellas informaron que, aunque no han implementado nuevamente el programa completo, han continuado usando varias de las actividades con sus grupos de estudiantes porque reconocen su utilidad, efectividad y atractivo para los/as jóvenes. Las siguientes citas recogen la opinión de las maestras sobre la implementación del Programa EMAS en las escuelas:

El programa es excelente, debe estar en las escuelas públicas.

Son muy buenas estrategias [las del programa] y creo que hace falta. Están haciendo falta y cada día van a hacer más falta.

En la adolescencia es en donde empiezan los niños a cambiar, verdad. Entonces comienzan a cuestionarse su físico...si los compañeritos los rechazan... entonces esto [el programa] es perfecto. Yo creo que este tipo de proyecto es apropiado para su edad porque refuerza ese valor de apreciarse a ti mismo.

Adherencia y Competencia

En la tabla 1 se presentan el promedio de los porcentos de adherencia y de competencia de cada una de las maestras al facilitar el Programa EMAS. Todas las maestras en promedio demostraron un nivel de adherencia y de competencia de 86.5% y 84.6%, respectivamente. Cuando se evalúan los porcentos de cada facilitadora, se observa que cuatro de las maestras obtuvieron un porcentaje de adherencia y de competencia excelente, por encima de 90%, y otras dos maestras, por encima de 86%. Solo dos maestras mostraron un nivel de adherencia y competencia regular o bajo. Estas dos maestras mantuvieron la fidelidad al contenido del manual en alrededor de 70% (69.4% y 68.6%). Una de ellas mostró

similar nivel en las destrezas de competencia evaluadas en el estudio. Solo una de las maestras mostró un nivel de competencia que puede ser considerado como pobre (52.8%). Cabe destacar que dos de las maestras implementaron de manera sobresaliente el Programa EMAS, con porcentajes sobre 95% en ambas áreas evaluadas.

TABLA 1.
Adherencia y Competencia de las Maestras al Facilitar la Intervención.

Facilitadora	Adherencia (%)	Competencia (%)
1	95.1	97.9
2	86.2	97.4
3	69.4	68.2
4	68.6	52.8
5	93.2	88.4
6	89.6	86.1
7	94.6	90.0
8	95.6	95.8
Todas	86.5	84.6

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue evaluar cuán viable era que maestras pudieran implementar el programa de prevención de la depresión Estrategias para Mantener un ánimo Saludable en escuelas públicas de Puerto Rico. Para conocer sobre esta viabilidad se emplearon técnicas cualitativas y cuantitativas para el recogido de datos. Los resultados del análisis de contenido de un grupo focal y de dos entrevistas reflejaron que las maestras facilitadoras del programa evaluaron positivamente el programa. En general, las maestras encontraron que el Programa EMAS fue útil para conocer mejor y ser más empáticas con las situaciones personales y familiares de sus estudiantes. Además, ayudó a promover en los/as jóvenes participantes del programa el uso de estrategias efectivas para fortalecer la autoestima, manejar el estrés y el coraje, y desarrollar destrezas para mantener relaciones interpersonales saludables. La mayoría de las maestras que participaron en el grupo focal o de las entrevistas, indicaron sentirse competentes y/o cómodas con la

forma en que facilitaron la intervención. Todas repetirían la experiencia de ofrecer el programa a otros grupos de estudiantes. De hecho, la mayoría ha continuado usando actividades del programa en los grupos de clases que han tenido posteriormente. Aun así, todas estuvieron de acuerdo en que en ocasiones no se sintieron preparadas o cómodas para manejar actividades que provocaron revelaciones personales y familiares delicadas y comprometedoras de parte de sus estudiantes. Temieron que sus intervenciones para atender las situaciones no fueran correctas. Sin embargo, cabe mencionar que esa apreciación de algunas de las maestras pareció contradecir otros de sus relatos en el grupo focal o la entrevista. Varias de ellas narraron situaciones que surgieron en sus grupos y que encontraron difícil de manejarlas, entre ellas, la declaración de un joven sobre que era maltratado físicamente por su padre. Todas esas situaciones fueron manejadas adecuadamente por las maestras. De igual forma, ese manejo apropiado de las actividades y discusiones recomendadas en el Programa EMAS fue demostrado en las evaluaciones de competencia de las maestras.

En general, las maestras pudieron facilitar el Programa EMAS con adherencia y competencia adecuada. En promedio las facilitadoras mostraron una adherencia al manual de EMAS superior al 86%, mostrando mejor fidelidad al manual que otras maestras que también facilitaron una intervención de prevención de la depresión basada en la teoría cognitiva conductual en Australia (Harnett & Dadds, 2004). De hecho, la adherencia de las maestras al manual de intervención es comparable con la ejecución de terapeutas en una terapia cognitiva conductual grupal para adolescentes con depresión en Puerto Rico (Rosselló & Bernal (1999). Un resultado similar ocurrió con el nivel de competencia observado en las maestras, en promedio el 85% demostraron destrezas buenas al facilitar la intervención grupal. Es pertinente

indicar que la adherencia al contenido de la intervención y la competencia al conducir las sesiones grupales parecen estar relacionada con la extensión del adiestramiento que recibieron las maestras sobre el Programa EMAS. Aquellas que recibieron el adiestramiento completo (16 horas) mostraron una adherencia y destrezas para facilitar los grupos superiores al 86%. Mientras que las dos maestras que recibieron tan solo seis horas de capacitación antes de comenzar la intervención fueron las que mostraron un desempeño regular o pobre. Este hallazgo es congruente con lo que se recomienda en la literatura sobre la facilitación de programas de prevención de desórdenes emocionales o conductuales en contextos reales. La fidelidad en la implementación requiere de un adiestramiento apropiado (Spoth, Guyll, et. al. 2007). La ejecución de estas maestras al ofrecer el Programa EMAS pudo también afectarse por condiciones laborales adversas. Ambas maestras indicaron que en sus respectivas escuelas no existía un ambiente armonioso y solidario. Una de ellas mencionó que la conducta y actitudes de la directora de su escuela le generaban mucho estrés, mientras que la otra señaló que parte de sus compañeros/as de trabajo ignoraban sobre el objetivo del programa y no le apoyaron durante la implementación.

En general, los resultados de este estudio indican que es viable que maestros/as con diversas preparaciones académicas faciliten satisfactoriamente el Programa EMAS en escuelas públicas intermedias de Puerto Rico. No obstante, para mantener una alta fidelidad y mostrar competencia satisfactoria, los/as maestros/as deben obtener la capacitación adecuada. El adiestramiento de 16 horas diseñado para este estudio parece ser apropiado en extensión y contenido, sin embargo, las maestras ofrecieron recomendaciones que pueden ampliar y mejorar el mismo. El adiestramiento puede añadir más lecturas sobre la aplicación de intervenciones

cognitivas-conductuales en adolescentes y manejo de retos al trabajar con jóvenes que presentan problemas emocionales y conductuales. También, es recomendable extender los ejercicios prácticos durante el adiestramiento inicial y posteriores reuniones semanales de capacitación. Por otro lado, podemos sugerir como opcional algunas actividades que ahora son requeridas en la facilitación para así evitar que sean extensas.

Los hallazgos de este estudio son alentadores. El que un programa de prevención de la depresión como EMAS pueda ser implementado por maestros/as en el sistema escolar público de Puerto Rico en donde los/as psicólogos/as son casi inexistentes es muy valioso. Ciertamente, favorecemos que se implemente la Ley 170 para crear el puesto de Psicólogo Escolar en cada escuela pública del país, pero mientras eso ocurre, es de gran ayuda preparar a maestros/as para que pueden promover la salud mental óptima en sus estudiantes. El Programa EMAS representa una iniciativa dirigida hacia esa dirección. Tener maestros/as capacitados/as e interesados/as en facilitar el Programa EMAS puede mantener su sustentabilidad en el contexto escolar público de Puerto Rico que es muy cambiante. Y así se demostró con las maestras facilitadoras en este estudio, quienes han continuado la aplicación de actividades el Programa EMAS con sus grupos posteriores. En este sentido, el sistema escolar ha mantenido los recursos humanos y el material necesario para mantener un programa de prevención como es recomendado (Ialongo, 2002).

REFERENCIAS

- Aarons, G. A., Hurlburt, M., & McCue Horwitz, S. (2011). Advancing a conceptual model of evidence-based practice implementation in public service sectors. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38, 4-23.
- Bados, A., García, E. y Fuste, A. (2002). Eficacia y utilidad clínica de la terapia psicológica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 477-502.
- Beck, A. T. (2005). The current state of cognitive therapy: A 40-year retrospective. *Archives of General Psychiatry*, 62, 953-959.
- Bower, P. (2003). Efficacy in evidence-based practice. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10(6), 328-336.
- Case, B.G., Olfson, M., Marcus, S.C., Siegel, C. (2007). Trends in the Inpatient Mental Health Treatment of Children and Adolescents in US Community Hospitals between 1990 and 2000. *Archives of General Psychiatry*, 64, 89-96.
- Creswell, J. W. & Plano Clark, V. L. (2011). *Designing and conducting mixed methods research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Echeburúa, E. & Corral, P. (2001). Eficacia de las terapias psicológicas: de la investigación a la práctica clínica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 181-204.
- Gladstone, T.R.G., Beardslee, W.R., & O'Connor, E.E. (2011). The prevention of adolescent depression. *Psychiatr Clin North Am*, 34 (1), 35-52. doi:10.1016/j.psc.2010.11.015.
- González-Tejera, G., Canino, G., Ramírez, R., Chávez, L., Short, P., Bird, H., Bravo, M., Martínez-Taboas, A., Ribera, J., & Bauermeister, J. (2005). Examining minor and major depression in adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(8), 888-899. doi: 10.1111/j.1469-7610.2005.00370.x
- Greenberg, P. E., Fournier, A. A., Sisitsky, T., Pike, C. T., & Kessler, R. C. (2015). The economic burden of adults with major depressive disorder in the United States (2005 and 2010). *The Journal of clinical psychiatry*, 76(2), 155-162.
- Harnett, P. H., & Dadds, M. R. (2004). Training school personnel to implement a universal school-based prevention of depression program under real-world conditions. *Journal of School Psychology*, 42, 343-357. doi:10.1016/j.jsp.2004.06.004
- Horowitz, J. L., & Garber, J. (2006). The prevention of depressive symptoms in children and adolescents: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(3), 401-415. doi: 10.1037/0022-006X.74.3.401
- Lalongo, N. (2002). Wedding the public health and clinical psychological perspectives as a prevention scientist. *Prevention & Treatment*, 5(1), 4a.
- Merry, S. N., & Spence, S. H. (2007). Attempting to prevent depression in youth: A systematic review of the evidence. *Early Intervention in Psychiatry*, 1, 128-137. doi:10.1111/j.1751-7893.2007.00030.x
- Murray, C. J., & Lopez, A. D. (1996). Evidence-based health policy--lessons from the Global Burden of Disease Study. *Science*, 274(5288), 740.
- National Research Council and Institute of Medicine. (2009). *Preventing mental, emotional, and behavior disorders among young people: Progress and possibilities*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Owens, J. S., & Murphy, C. E. (2004). Effectiveness research in the context of school-based mental health. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7(4), 195-209.
- Pössel, P. (2005). Strategies for universal prevention of depression in

- adolescents. *Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health*, 1(1), 5.
- Proctor, E., Landsverk, J., Aarons, G. A., Chambers, D., Glisson, C. A., & Mittman, B. (2009). Implementation research in mental health services: An emerging science with conceptual, methodological, and training challenges. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 46, 24–34.
- Rosselló, J., & Bernal, G. (1999). The efficacy of cognitive-behavioral and interpersonal treatments for depression in Puerto Rican adolescents. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 67(5), 734-745. doi:10.1037/022-006X.67.5.734
- Rosselló, J., Jiménez-Chafey, M.I., Sáez-Santiago, E., Borrero, N., De Jesús, D. & Álvarez (2006). *Manual de Prevención de Depresión: Cómo Fomentar un Estado de Ánimo Saludable*. Manuscrito sin publicar. Universidad de Puerto Rico, Río Piedras, Puerto Rico.
- Sáez-Santiago, E., Rodríguez, N., Nuñez, A. & Bernal, G. (in press). Cultural adaptation of a school-based depression prevention program for adolescents in Puerto Rico. In E.C. Lopez, S. G. Nahari, & S. L. Proctor (Eds.). *The Handbook of Multicultural School Psychology*. Routledge: New York.
- Sáez-Santiago, E., Rodríguez-Ocasio, G., & Rodríguez-Hernández, N. (2013). Aceptación al Programa Estrategias para Mantener un Ánimo Saludable: Un Programa de Prevención de la Depresión para Adolescentes. *Interamerican Journal of Psychology*, 47(2), 329-338.
- Spoth, R.L., Gyll, M., Lillehoj, C.J., Redmond, C., & Greenberg, M.T. (2007). PROSPER study of evidence-based intervention implementation quality by community-university partnerships. *Journal of Community Psychology*, 35, 981-989. doi:10.1002/jcop.20207
- Mayer, M. J., & Van Acker, R. (2009). Historical roots, theoretical and applied developments, and critical issues in cognitive-behavior modification. *Cognitive-behavioral interventions for emotional and behavioral disorders: School-based practice*, 3-28.
- Weissberg, R. P., Kumpfer, K. L., Seligman, M.E.P. (2003). Prevention that works for children and youth. An introduction. *American Psychologist*, 58 (6-7), 425-432. doi:10.1037/0003-066X.58.6-7.425
- Weist, M. C., Stiegler, K., Stephan, S., Cox, J. & Vaughan, C. (2010). School mental health and prevention science in the Baltimore City schools. *Psychology In The Schools*, 47(1), 89-100.
- World Health Organization (2016). Adolescent health epidemiology. Recuperado de: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/adolescence/en/
- Young, J., & Beck, A. T. (1980). Cognitive therapy rating scale manual. *Center for Cognitive Therapy: Philadelphia, PA*.