

*Eva Jané-Llopis*

# LA EFICACIA DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y LA PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES

THE EFFICACY OF MENTAL HEALTH PROMOTION AND MENTAL DISORDER PREVENTION INTERVENTIONS

## ■ RESUMEN

Las intervenciones de prevención y promoción en salud mental son eficaces y se han traducido en beneficios para la salud y la sociedad. Este artículo presenta la evidencia de la eficacia de estas intervenciones con ejemplos de programas efectivos y los elementos que han demostrado predecir mejores resultados en dichos programas aplicando técnicas de meta-análisis. Finalmente se presentan estrategias para mejorar la eficacia y la eficiencia de estas intervenciones enfatizando el rol de los investigadores, implementadores y asesores políticos.

*Palabras clave:* Promoción, prevención, salud mental, trastornos mentales, intervención

## ■ SUMMARY

Mental health promotion and mental disorder prevention are effective and can bring about health, social and economic development to societies. This paper presents the evidence of these interventions including some examples of effective interventions and the programme elements that have shown to predict intervention outcomes. Strategies for the improvement of programme efficacy and efficiency are presented, emphasizing the role of researchers, practitioners and policy makers.

*Key words:* Promotion, prevention, mental health, mental disorder, interventions

## ■ INTRODUCCIÓN: LA «EPIDEMIA» DE LOS TRASTORNOS MENTALES

Los trastornos mentales y de conducta se dan en gentes de todas las regiones, países y sociedades. Se calcula que, en el mundo, alrededor de 450 millones de personas sufren cada año enfermedades mentales (1). Esto significa que al menos una vez en nuestra vida, uno de cada cuatro de nosotros desarrollará un problema mental o de conducta. Asimismo se estima que las enfermedades mentales continuarán aumentando. En el año 1990 se calculó que las condiciones neuropsiquiátricas explicaban el 10% de la discapacidad global. En el 2000, estos porcentajes aumentaron hasta el 13%. Si estas previsiones siguen confirmándose, para el año 2020, las enfermedades mentales explicarán el 15% de la discapacidad mundial, siendo la depresión por sí sola, la segunda causa en el mundo (2). Además de las consecuencias para la salud, los costes sociales y económicos derivados de los problemas mentales son enormes. A los costes de los servicios sanitarios, hay que sumarle los costes por desempleo y reducción de productividad, los del impacto en las familias y cuidadores, los asociados con niveles de crimen e inseguridad ciudadana, y el coste atribuido al impacto negativo de la muerte prematura. Adicionalmente, hay muchos otros costes incalculables que no se tienen en cuenta, como por ejemplo los que se derivan de las oportunidades perdidas para los individuos que sufren enfermedades mentales y sus familiares.

## ■ PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL

Tomando como base la carta de Ottawa de Promoción de la Salud (3), las actividades de promoción de la salud mental conllevan la creación de condiciones individuales, sociales y del entorno que permiten un desarrollo psicológico y psicofisiológico óptimo para mejorar la calidad de vida. Por su parte la prevención de los trastornos mentales, se basa en los principios de salud pública (4), y se caracteriza por su enfoque en la reducción de factores de riesgo y la promoción de factores de protección relacionados con un trastorno mental o problema de conducta, con el objetivo final de reducir su prevalencia e incidencia. La clasificación de prevención en salud pública -prevención primaria, secundaria y terciaria- ha sido adaptada por el Instituto de Medicina (IOM) (5) para la prevención de trastornos mentales. Esta nueva clasificación está compuesta por un continuo que abarca la prevención universal, selectiva e indicada, el tratamiento y la manutención. Mientras estos dos últimos corresponden respectivamente a la prevención secundaria y terciaria, la tabla 1 describe los tres tipos de prevención primaria. Aunque la prevención y promoción en salud mental se han considerado a veces como dos enfoques diferentes, los dos comparten tanto analogías estructurales como una relación funcional (6) y un objetivo común: mejorar la salud mental.

Tabla 1. Definiciones de prevención universal, selectiva e indicada (Mrazek & Haggerty, 1994)

*La prevención universal* se define como las intervenciones que se dirigen al público en general o a todo un grupo determinado que no ha sido identificado basándose en el riesgo.

*La prevención selectiva* se dirige a individuos o grupos de la población cuyo riesgo de desarrollar un trastorno mental es significativamente más alto que la media, y se evidencia por factores de riesgo biológicos, psicológicos o sociales.

*La prevención indicada* se dirige a personas identificadas como alto riesgo, con signos o síntomas de un trastorno mental, mínimos pero detectables, o marcadores biológicos indicando una predisposición para un trastorno mental, pero que no cumplen los criterios de diagnóstico para trastorno en ese momento.

Todavía hoy hay, desafortunadamente, una reserva sobre si los enfoques preventivos y de promoción pueden contribuir a una reducción en la carga y los costes de las enfermedades mentales. La competencia por los recursos ha llevado frecuentemente a una falta de acuerdo entre profesionales de la salud mental y muchos aun no están convencidos de que la prevención puede lograr beneficios parecidos o complementarios a los del tratamiento.

El argumento de este artículo es que la promoción y la prevención en salud mental proporcionan una estrategia adicional a la del tratamiento para combatir con éxito la creciente epidemia de enfermedades mentales. Dicha estrategia no sólo hace frente a los problemas de salud mental antes de que éstos aparezcan, sino que además puede ser aplicada en el ámbito comunitario. Este artículo presenta ejemplos para enfatizar la importancia y eficacia de las prácticas preventivas y de promoción; identifica las variables que actúan como predictores de la eficacia en los programas preventivos; y propone estrategias para mejorar la eficiencia de la prevención y promoción en salud mental.

#### ■ INTERVENCIONES PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL

Varias publicaciones demuestran que existe suficiente evidencia de que los programas de prevención y promoción funcionan y producen beneficios importantes en la salud de los individuos y en general en toda la sociedad (7,5,8). Primeramente, existen algunos estudios controlados que han demostrado una reducción en la incidencia de trastornos mentales como la depresión o la ansiedad. Por ejemplo, un

programa escolar demostró la reducción de nuevos casos de depresión después de un año de la intervención, en el que sólo al 14.5% del grupo experimental se le diagnosticó depresión en comparación con el 25.7% de los adolescentes en el grupo control (9,10). Igualmente otro programa de prevención indicada para niños en edad escolar demostró la reducción de nuevos casos de ansiedad a los seis meses (grupo experimental 16% - grupo control 59%) (11), y a los dos años de la intervención (grupo experimental 20% - grupo control 39%) (12). Se han demostrado también reducciones en suicidios así como reducciones en el consumo del alcohol, tabaco y drogas ilícitas a través de intervenciones políticas como el incremento en las tasas del alcohol y tabaco, las restricciones en su venta u otros tipos de intervenciones comunitarias (13). En segundo lugar, igualmente otros estudios han demostrado que los programas preventivos, además de la citada reducción en incidencia, disminuyen considerablemente los síntomas de depresión, ansiedad, y aquellos relacionados con el estrés y los problemas de conducta al menos en un 25%, un impacto comparable al del tratamiento (14,15). En tercer lugar, estos programas también han logrado disminuciones en factores de riesgo como por ejemplo agresividad, problemas de aprendizaje, síntomas de interiorización, abuso de menores, así como incrementos en factores de protección como calidad de vida, competencia o autoestima y una mejor salud mental.

Un ejemplo eficaz de este tipo de intervenciones es un programa pre-natal para solteras embarazadas de bajo nivel socio-económico. Enfermeras acreditadas visitaron a las madres, durante los 24 meses de esta intervención, enseñándoles prácticas para mejorar la salud y vida de sus hijos a la vez que les ayudaron a incorporarse a la vida laboral o a encontrar mejores trabajos. El impacto de esta intervención, evaluado con varios diseños experimentales, produjo una reducción del 38% en visitas de emergencia al hospital, una reducción del 75% en partos prematuros, una reducción del 25% en tasas de tabaquismo y un aumento del 83% en tasas de empleo. Los bebés se beneficiaron de un incremento medio de peso al nacer de 400 gramos, un mayor coeficiente intelectual a los 4 años, y se comprobó que a los 15 años bajaron en un 56% los arrestos, abuso de alcohol y drogas y se redujeron las condenas por delincuencia hasta un 81% (16,17,18,19).

Igualmente intervenciones de promoción de la salud mental en los centros de enseñanza han generado efectos que incluyen un mejor ajuste psicológico, reducciones de los problemas de aprendizaje, conducta y agresión, y un mayor bienestar mental en general. El programa pre-escolar Perry (20) dirigido a niños de 3-4 años de origen afro americano y de bajo nivel socioeconómico, logró a corto plazo un mayor éxito escolar, menor retraso mental y mejor ajuste social, demostrando, después de 15 y 20 años, un aumento de la competencia social, una reducción del 40% en arrestos y contactos con la policía, un incremento del 40% en índices de alfabetización y tasas de empleo y una reducción general de problemas sociales.

Estudios de coste-beneficio han demostrado además que la promoción de la salud mental consigue también beneficios económicos y resultados rentables. Por ejemplo con el caso del Programa pre-escolar Perry, en el que se logró un beneficio neto considerable ya que cada 1000 dólares invertidos produjeron una rentabilidad de 7000 dólares. Ésto fue en parte debido al descenso de los costes en escolarización, al incremento de los impuestos pagados debido a mayores ingresos, y a una reducción de los costes del sistema judicial (20).

Los programas preventivos funcionan, pero ¿qué es lo que determina su eficacia?

Actualmente, la investigación en prevención -además de estudiar los efectos de una intervención- está empezando a centrarse en identificar cuáles son los factores o ingredientes responsables de que un programa preventivo funcione (predictores de eficacia). Se ha observado que algunas intervenciones para la salud mental han demostrado ser muy beneficiosas, mientras que otras han indicado todo lo contrario incluyendo impactos negativos para la salud. Esta variación en los resultados ha determinado el cambio desde una ciencia de la prevención con una orientación epidemiológica, de factores de riesgo y de evaluar únicamente la eficacia de las intervenciones preventivas a una ciencia de la prevención que incluye el estudio de factores, procesos y mecanismos de cambio que pueden explicar esta diferencia en la efectividad. Esto contribuye a poder mejorar los programas ineficaces y promocionar los que son extremadamente eficaces. Individualmente, ya desde los años ochenta algunas evaluaciones de programas preventivos empezaron a examinar las causas de la variación de los resultados. Por ejemplo, los efectos moderadores de la edad se encontraron ya en el «Interpersonal Cognitive Problem Solving» («Programa interpersonal cognitivo para solucionar problemas») (21). Esta intervención demostró ser mucho más efectiva para niños de 4 años que para los de 3 años, indicando la necesidad de ajustar el contenido de los programas a los estados de desarrollo cognitivo de los participantes sobre todo durante edades tempranas. Igualmente el programa JOBS para ayudar a la reinserción laboral a los desempleados, indicó el efecto moderador de los niveles de riesgo iniciales. Los participantes con síntomas depresivos o con mayor riesgo de padecerlos al comienzo de la intervención presentaron una reducción mayor en tales síntomas que el resto de los participantes (22). Ésto ha sentado las bases para que las intervenciones preventivas tengan en cuenta el riesgo inicial de los participantes y hayan desarrollado técnicas específicas dependiendo del grupo al que se dirigen.

Desafortunadamente, la evidencia de estos predictores es limitada, y aunque algunos tienen un soporte teórico (ej., factores de riesgo), otros aún no han sido investigados (ej. métodos de intervención). Por esta razón, además del estudio de los predictores de eficacia en evaluaciones de programas individuales, uno de los últimos avances en el campo de la prevención es la aplicación de técnicas de meta-análisis. El meta-análisis permite evaluar los resultados de publicaciones científicas

de forma cuantitativa así como explorar las relaciones entre moderación y mediación de eficacia.

Estudios recientes, usando técnicas meta-analíticas, empiezan a indicar qué elementos son los que determinan los resultados efectivos en los programas preventivos (14,23,24).

### ■ LOS INGREDIENTES QUE PREDICEN LA EFICACIA EN LOS PROGRAMAS PARA LA SALUD MENTAL

Usando meta-análisis en un grupo de 149 intervenciones se ha concluido que los programas son el doble de eficaces cuando se implementan por profesionales de la salud, lo que sugiere que la prevención debería incluirse en los sistemas de atención primaria y secundaria. Los efectos conseguidos se prolongan al menos durante un año y se recomienda que estos estudios incluyan medidas de evaluación a largo plazo (14). Estos programas pueden ser igualmente eficaces para distintas edades aunque la evidencia parece indicar una preferencia por intervenir en los principios de la edad escolar (23).

Todavía hay falta de acuerdo en el campo de la promoción de la salud mental en relación a los niveles de riesgo de la población. Algunos programas sugieren que la población que más se beneficia de las intervenciones preventivas es la que tiene un mayor riesgo de sufrir problemas mentales. Por el contrario, los enfoques de salud pública argumentan que el dirigirse al público en general puede ser beneficioso tanto para toda la población como para aquellos que tienen un mayor riesgo de enfermedad. ¿Debe dirigirse la prevención sólo a grupos de riesgo o a la población en general?. Los meta-análisis indican que la prevención es igualmente eficaz para grupos con distintos niveles de riesgo (prevención universal, selectiva e indicada). Estos resultados se confirman también comparando cambios en factores de riesgo y cambios en síntomas psiquiátricos. La combinación de enfoques universales con componentes más específicos para poblaciones de riesgo se proponen como el paso siguiente en la investigación y en la política preventiva.

En relación a los métodos de intervención y duración de programas preventivos la investigación se centra en cuestiones como: ¿Cuáles son los mejores programas, los más cortos o más largos? ¿Cuál debe ser su duración? Y, ¿cuáles son los mejores métodos a utilizar?. Las técnicas cognitivas y las que mejoran competencias y habilidades personales son las más eficaces para mejorar la salud mental. Los programas que incluyen múltiples métodos de intervención (sobre unos cuatro) son el doble de eficaces que los programas que utilizan sólo uno o dos métodos. Según la edad de los participantes la duración de las intervenciones debería ser distinta: los programas más largos y con mayor número de sesiones son los mejores para los niños, y los más cortos son los más indicados para grupos de la tercera edad. Las técnicas de modifi-

cación de conducta son las que presentan mejores resultados con adolescentes, pero son las menos indicadas para la tercera edad, mientras que las técnicas para la mejora de las competencias y habilidades personales son igualmente beneficiosas para niños y mayores (25).

Igualmente los estudios sugieren que los diseños experimentales, los procesos de implementación de mejor calidad, y la base teórica de las intervenciones preventivas son elementos cruciales para determinar si un programa es eficaz. Tanto el nivel de calidad del diseño experimental como su implementación predicen buenos resultados, siendo estos programas dos veces más efectivos que aquellos en los que la calidad es menor.

#### ■ DE LA EFICACIA A LA EFICIENCIA

Además de la eficacia, la cuestión de la eficiencia es un tema de gran importancia en el diseño de programas preventivos. Factores genéricos tanto de riesgo como de protección, como por ejemplo el abuso sexual o físico durante la infancia o la falta de soporte psico-social, están relacionados con varios problemas mentales. Se ha argumentado que ésta podría ser una de las razones que explique la alta comorbilidad o presencia simultánea de distintos trastornos mentales (ej., depresión y ansiedad) o entre enfermedades físicas y mentales (ej., dependencia al alcohol y lesión cerebral). Una posible estrategia eficiente para mejorar la salud mental y física es el desarrollo de programas con múltiples objetivos que combinen de forma simultánea factores comunes a distintas enfermedades (14). Los dos ejemplos de programas preventivos presentados anteriormente corroboran que se pueden lograr resultados positivos comunes a distintos problemas mentales y físicos de forma simultánea. El cambio de factores de riesgo y protección genéricos constituye un primer paso hacia una estrategia de simultaneidad que mejoraría la eficiencia de los programas preventivos.

#### ■ EL FUTURO DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD ANTE EL DESAFÍO DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

Actualmente contamos con suficiente evidencia para demostrar que los programas que promocionan la salud mental no sólo funcionan, sino que además contribuyen a un mayor bienestar mental y aumentan la calidad de vida a nivel individual y comunitario. Aún se pueden mejorar considerablemente estas intervenciones y es necesario que estudios de investigación continúen descubriendo cuáles son los elementos que contribuyen a la eficacia de las prácticas preventivas. La integración de los resultados de varios estudios recientes revela que: la prevención es igualmente eficaz cuando es aplicada a distintas edades y grupos con niveles de riesgo diferentes; las técnicas cognitivas y las que ayudan a mejorar la competencia y habilidades

personales son las más eficaces para distintas edades y óptimas cuando se combinan en una estrategia que incluya múltiples métodos; los programas preventivos deberían ser largos para niños y cortos para la tercera edad; deberían ser implementados por profesionales de la salud; óptimamente basando las intervenciones en teorías e implementando e investigando con alta calidad. A pesar de estos resultados, es importante tener en cuenta que estos elementos sólo explican una parte de la varianza de los resultados, y que se precisan más estudios que continúen investigando qué es lo que predice la eficacia de estas intervenciones.

Desafortunadamente, los resultados de la prevención y los predictores de su eficacia no pueden generalizarse a otros problemas de salud o a otras poblaciones más que las incluidas en los programas estudiados, por lo que debemos ser cautos al, por ejemplo, generalizar estos resultados a países en vías de desarrollo o a situaciones menos experimentales que se dan en el mundo real. Otro problema característico en el campo de la prevención de los trastornos psiquiátricos es la falta de minuciosidad y homogeneidad a la hora de presentar los resultados de las evaluaciones de programas preventivos. Por ello se anima a los investigadores y a los editores de revistas científicas a prestar una mayor atención a la calidad del estudio, a su implementación, a su base teórica así como a una mayor precisión y claridad a la hora de presentar sus resultados. Instrumentos estandarizados como listas de control ayudarían a aumentar la calidad de la implementación y a mejorar la eficacia de las intervenciones. Por ejemplo, se recomienda el desarrollo de un instrumento sistemático para controlar los procesos de implementación y un registro de programas preventivos, tanto publicados como no publicados, que pondría a disposición de los investigadores, de los responsables del desarrollo de los programas y de los asesores políticos la evidencia que existe hasta el momento.

Englobando los resultados presentados en un enfoque de salud pública más amplio, es importante intentar acercar la investigación y la política, ya que la investigación, la práctica y la política tienen por igual un rol crucial que jugar. La creación de vías de colaboración entre la investigación y la práctica, y el estudio de la transferencia de programas preventivos entre distintas regiones, culturas y países podría contribuir al desarrollo de políticas e infraestructuras más sostenibles.

Es vital que reduzcamos los problemas mentales y la promoción y la prevención pueden contribuir considerablemente a esta nueva prioridad del siglo XXI. Pero sólo conseguiremos combatir esta creciente problemática si la futura política de salud mental tiene como objetivo la sostenibilidad de distintos organismos y prácticas para la salud mental, y si se dirige por igual a la prevención y al tratamiento logrando un equilibrio mejor entre los dos.



## BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization, *The world health report 2001: New understanding, new hope*, Geneva, World Health Organization, 2001
2. Murray, C. & Lopez, A., *The Global Burden of Disease*, Harvard: Harvard University Press, 1996.
3. World Health Organization, *The Ottawa Charter for Health Promotion*, Geneva: The World Health Organisation, 1986.
4. Detels R., Mcewan J., Beaglehole R., Tanaka H., *Oxford textbook of public health (fourth edition)*, Oxford: Oxford University Press, 2002.
5. Mrazek P.j., Haggerty R., *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*, Washington: National Academy Press, 1994.
6. Hosman C., Conceptual clarifications on promotion and prevention, en Trent D, Reed C, (eds.), *Promotion of mental health*, Brookfield VT: Avebury/Ashgate Publishing, 1997.
7. Hosman C., Jané-Ilopis E., Political Challenges 2: Mental Health, *The evidence of health promotion effectiveness: shaping public health in a new Europe*, pp 29-41, Brussels: ECSC-EC-EAEC, 1999.
8. Mrazek P.J., Hall M., «A policy perspective on prevention», *American journal of community psychology*, 1997, Vol. 25: 221-226.
9. Clarke G., Hawkins W., Murphy M., Sheeber L., Lewinsohn P., Seeley J., «Targeted Prevention of Unipolar Depressive Disorder in an At-Risk Sample of High School Adolescents: A Randomized Trial of a Group Cognitive Intervention», *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1995; 34:312-21.
10. Clarke G., Hornbrook M., Lynch F., Polen M., Gale J., Beardslee W. *et al.*, «A randomized trial of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed parents», *Archives of General Psychiatry*, 2001; 58:1127-34.
11. Dadds M., Spence S., Holland D., Barrett P., Laurens K., «Prevention and early intervention for anxiety disorders: A controlled trial», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1997; Vol 65:627-35.
12. Dadds M., Holland D., Laurens K., Mullins M., Barrett P., Spence S., «Early intervention and prevention of anxiety disorders in children: Results at 2-year follow-up», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1999; Vol. 67:145-50.
13. Anderson P., Health Challenges: Tobacco, Alcohol and Drugs, *The evidence of health promotion effectiveness: shaping public health in a new Europe*, Brussels: ECSC-EC-EAEC, 1999.
14. Jané-Llopis E., *What makes the ounce of prevention effective? A meta-analysis of mental health promotion and mental disorder prevention programmes*, Nijmegen: Nijmegen University, 2002.
15. Greenberg M., Domitrovich C., Bumbarger B., *The prevention of mental disorders*



- in school-aged children: Current state of the field, *Prevention and Treatment* 2001; Vol. 4:np.
16. Olds D., The prenatal early infancy project, en Price R.H., Cowen E.L., Lorian R.P., Ramos-McKay J., (eds.), *14 ounces of prevention: a casebook for practitioners*, pp 9-23, Washington: American Psychological Association, 1988.
  17. Olds D., The Prenatal/Early Infancy Project: Fifteen years later, en Albee G.W., Gullotta T.P., (eds.), *Primary prevention works*, pp 41-67, Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc, 1997.
  18. Olds D., The prenatal early infancy project: Preventing child abuse and neglect in the context of promoting maternal and child health, en Wolfe D.A., McMahon R.J., Peters R.D., (eds.), *Child abuse: New directions in prevention and treatment across the lifespan*, pp 130-54, Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc, 1997.
  19. Olds D., «The Prenatal/Early Infancy Project: A strategy for responding to the needs of high-risk mothers and their children», *Prevention in Human Services* 1989; 7: 59-87.
  20. Schweinhart L., Weikart D., «High/Scope Perry Preschool Program effects at age twenty-seven, en Crane J.», (ed.), *Social programs that work*, pp 148-62. New York, NY, US: Russell Sage Foundation, 1998.
  21. Spivack G., Shure M.b., «Interpersonal Cognitive Problem Solving (ICPS): A competence-building primary prevention program», *Prevention in Human Services* 1989; Vol 6: 151-78.
  22. Price R.h., Van Ryn M., Vinokur A.d., «Impact of a preventive job search intervention on the likelihood of depression among the unemployed», *Journal of Health and Social Behavior* 1992; Vol. 33:158-67.
  23. Durlak J., Wells A., «Evaluation of indicated preventive intervention (secondary prevention) mental health programs for children and adolescents», *American journal of community psychology* 1998; 26: 775-802.
  24. Tobler N., Stratton H., «Effectiveness of school-based drug prevention programs: A meta-analysis of the research», *Journal of Primary Prevention* 1997; Vol. 18:71-128.
  25. Jane-Ilopis, E., Hosman, C., Jenkins, R., & Anderson, P., «A meta-analysis of depression prevention programmes: What predicts effect», *British Journal of Psychiatry* (in press).

### Agradecimientos

Agradezco enormemente a Consuelo Escudero Álvaro por animarme a escribir este artículo y por sus excelentes comentarios en las revisiones del manuscrito. Igualmente le agradezco enormemente a Amparo Llopis Lombart su inestimable dedicación, sugerencias e incondicional soporte en las revisiones del manuscrito.

Correspondencia a:

Eva Jané-Llopis, PhD.

Prevention Research Centre

Department of Clinical Psychology and Academic Centre for Social Sciences

Nijmegen Univeristy,

Po. Box 9104, 6500 HE Nijmegen, The Netherlands.

Email: [Llopis@psych.kun.nl](mailto:Llopis@psych.kun.nl)

Eva Jané-Llopis, PhD.

Centro de la Investigación para la Prevención, Universidad de Nijmegen, Holanda.

Po. Box 9104, 6500 HE Nijmegen. Email: [Llopis@psych.kun.nl](mailto:Llopis@psych.kun.nl)