



Centro Universitario
Cardenal Cisneros

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Propuesta de Intervención para el Tratamiento de los Síntomas Depresivos y de Ansiedad en Adolescentes

María del Carmen González García

Director: Dr. Iván Blanco

Máster en Psicología General Sanitaria
Centro Universitario Cardenal Cisneros
Universidad de Alcalá
Año 2020

Índice

1. Resumen	3
2. Introducción.....	4
3. Objetivos e hipótesis	7
4. Marco Teórico	7
4.1 Sintomatología depresiva y ansiógena en adolescentes	7
4.2 Depresión en adolescentes	8
4.3 Ansiedad en adolescentes	9
4.4 Comorbilidad en adolescentes	9
5. Tratamientos para la depresión y la ansiedad en adolescentes.....	10
5.1 Limitaciones de los tratamientos actuales	15
6. Propuesta de Intervención.....	17
6.1 Presentación de la propuesta	17
6.2 Objetivos concretos que persigue la propuesta	18
6.3 Contexto en el que puede aplicarse la propuesta.....	19
6.4 Metodología y recursos.	20
6.5 Actividades.....	21
6.6 Cronograma de aplicación.....	32
6.7 Evaluación de la propuesta	33
7. Conclusiones.....	36
8. Referencias Bibliográficas.....	38
9. Anexos	42
10. Declaración de autenticidad	52

1. Resumen

En esta propuesta de intervención se plantea un modelo de intervención integrador para el tratamiento específico de adolescentes en edad comprendida entre 13 y 18 años. El objetivo es realizar una intervención temprana de los síntomas depresivos y de ansiedad. Las tasas de prevalencia durante adolescencia se sitúan en torno al 16%. Habitualmente, este trastorno es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. Se realiza una revisión de las distintas terapias en el tratamiento de la depresión y la perspectiva que aportan. Según la investigación, las variables que predicen un mejor pronóstico del tratamiento son menor nivel inicial, mejor funcionamiento social, buen dominio percibido sobre los eventos y la cohesión grupal. Este programa pretende abordar los síntomas depresivos y ansiosos desde etapas tempranas para favorecer la percepción de autoeficacia, la cohesión grupal y las habilidades sociales. Además, es una intervención completa de los principales factores de riesgo de la depresión y la ansiedad como el perfeccionismo, la rumiación, los sesgos emocionales, los sesgos atencionales, la desregulación emocional, las conductas de resolución de problemas ineficaces y la falta de claridad en los valores y metas personales. Esta propuesta integra la Terapia Cognitiva (Beck y cols, 1983), la perspectiva Transdiagnóstica (Barlow y cols, 2015) y la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, 2016) para un abordaje holístico de los síntomas.

Palabras clave : depresión, adolescentes, integración, intervención

Abstract

In this intervention proposal, an integration intervention model is proposed for the specific treatment of adolescents aged between 13 and 18 years. The objective is to perform an early intervention of depressive and anxiety symptoms. The prevalence rate of depression during adolescence is around 16%. Usually, this disorder is the result of the interaction of biological, psychological and social factors. A review of the different therapies in the treatment of depression and the perspective they provide is carried out. According to the research, the variables that predict a better prognosis of treatment are lower initial level, better social functioning, good perceived mastery over events and

group cohesion. This program intends to broach the depressive and anxious symptoms from early stages to promote the perception of self-efficacy, group cohesion and social skills. In addition, it is a complete intervention of the main risk factors for depression and anxiety such as perfectionism, rumination, emotional biases, attention biases, emotional deregulation, ineffective problem-solving behaviors and lack of clarity in Personal values and objectives. This proposal integrates Cognitive Therapy (Beck et al., 1983), the Transdiagnostic perspective (Barlow et al., 2015) and Acceptance and Commitment Therapy (Hayes, 2016) for a holistic approach to symptoms.

Keywords: depression, adolescents, integration, intervention

2. Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud, la depresión es la causa principal de problemas de salud y discapacidad en todo el mundo. En el mundo, más de 300 millones de personas padecen este trastorno y se ha incrementado un 18% en 10 años, desde el 2005 al 2015 (OMS/OPS, marzo 2017). En España, una quinta parte de la población ha padecido algún trastorno mental a lo largo de su vida, cumpliendo los criterios diagnósticos del DSM-IV (Cardila y cols, 2015). La más común de estas enfermedades es el Trastorno Depresivo Mayor y su prevalencia a lo largo de la vida es de 10,5 %, encontrándose diferencias entre sexos, siendo aproximadamente el doble, el número de mujeres afectadas que de hombres, según el proyecto ESEMeD-ESPAÑA (Haro y cols, 2006).

En España, se llevó a cabo un estudio que ha analizado los trastornos psicológicos en niños y adolescentes de 0 a 18 años, cuyos padres solicitaron tratamiento a un Centro Comunitario de Salud, (Fernández y Sutil, 2000). Se encontró que la depresión era el segundo trastorno más habitual, presente en un 14,6% de la muestra y la ansiedad en tercer lugar con un 13,3%. El primer lugar lo ocuparon los trastornos de conducta con un 23% (Fernández y Sutil, 2000).

El Trastorno de Depresión Mayor está recogido en el manual diagnóstico DSM-V. Es preciso indicar si es recurrente o episodio único, el nivel de gravedad actual, presencia de síntomas psicóticos y el estado de remisión. Los síntomas depresivos se pueden clasificar en: 1) síntomas cognitivos como dificultades en el procesamiento de

INTERVENCIÓN SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y DE ANSIEDAD EN ADOLESCENTES

la información, distorsiones, sesgos en la atención, la memoria, dificultades en la toma de decisiones y planificación. 2) síntomas emocionales como tristeza, irritabilidad, sentimientos de inutilidad, culpa, vergüenza y desesperanza. 3) síntomas somáticos tales que fatiga, alteraciones del sueño, cambios de apetito, problemas estomacales y 4) síntomas conductuales como verbalizar quejas, pasividad, inhibición conductual, déficit de actividades gratificantes, déficit de conductas activas de solución de problemas, evitación y procrastinación. Puede cursar con ansiedad, a precisar en el diagnóstico clínico, si se siente nervioso, tenso o inquieto, tiene dificultad para concentrarse por las preocupaciones, miedo a que suceda algo terrible o a perder el control de sí mismo. La presencia y gravedad de la ansiedad debe especificarse, ya que se ha relacionado con mayor duración de la enfermedad, riesgo de suicidio y falta de respuesta al tratamiento según se determina en el manual diagnóstico (DSM-5, APA, 2013).

El manual DSM, es habitualmente el más usado por los profesionales de la Salud Mental para establecer un diagnóstico clínico, aunque con motivo de la publicación de la última versión del DSM, el manual diagnóstico DSM-V, ha tenido lugar cierta polémica entre los diferentes profesionales del ámbito clínico, mostrándose más o menos de acuerdo con algunas de las categorías incluidas o excluidas (Muñoz y Jaramillo, 2015). En algunos casos se ha atribuido cierta controversia al incluir exclusivamente las categorías diagnósticas que contaban con tratamiento farmacológico, o solventar, con anotaciones, reclamaciones por parte de profesionales como, por ejemplo, no contemplar el duelo como un proceso que temporalmente puede cursar con síntomas de la Depresión Mayor sin ser un considerado patológico.

Actualmente se está produciendo un cambio en la conceptualización categorial de los trastornos que se especifican en el DSM-V, existiendo una tendencia a una conceptualización más dimensional. También se observa una tendencia hacia la elección de los tratamientos validados, de la Terapia Cognitivo Conductual hacia tratamientos transdiagnósticos, más que específicos (Craske, 2012).

En los últimos años, se han observado aspectos comunes subyacentes en trastornos diferenciados por este manual diagnóstico, que señala, que existen procesos comunes subyacentes que se ponen de manifiesto según las características de la persona o que van derivando de unos trastornos a otros, como se observa en diagnósticos primarios, secundarios o en la elevada comorbilidad entre trastornos (Barlow y cols, 2015). Esta es la base de la perspectiva transdiagnóstica que pone el foco sobre la regulación emocional como tratamiento transversal.

INTERVENCIÓN SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y DE ANSIEDAD EN ADOLESCENTES

La regulación emocional es importante a lo largo de la vida y puede ser muy beneficioso el aprendizaje de estrategias, en especial durante la adolescencia, que es una época de cambio constante tanto físico y psicológico, como social; en el que la persona tiene que comenzar a tomar decisiones importantes en su desarrollo. En esta etapa se sitúa también el inicio de muchos trastornos emocionales, de personalidad, alimentarios y de adicciones.

En esta propuesta no se suprime el diagnóstico, sino que se considera complementario para ampliar la información, como un abordaje completo y para favorecer una mejor comprensión de los síntomas y el tratamiento. Las distintas orientaciones integradas en la intervención se consideran varias formas de ver el mismo problema mediante el enfoque en una atención más general o localizada en unos u otros aspectos del trastorno. Se pretende dotar a las personas de herramientas y recursos, mejorando su afrontamiento tanto de los síntomas depresivos y ansiosos como la prevención de otros trastornos emocionales en general. Como uno de los componentes claves, se pretende mejorar la regulación emocional como elemento transversal de protección frente a trastornos emocionales previniendo problemas futuros (Barlow, 2015). Se ha demostrado que la regulación emocional está relacionada con conductas de riesgo en adolescentes como el juego patológico, el uso abusivo de las nuevas tecnologías como videojuegos e internet y síntomas de depresión o ansiedad (Gutiérrez, Fernández, Gonzalvo y Bilbao, 2014). El aumento de los problemas de adicción al juego y a las nuevas tecnologías en jóvenes, es notable en los últimos años, por lo que programas de regulación emocional acorde con un abordaje psicosocial propio del tratamiento de adicciones puede dar muy buenos resultados.

Además, las tasas de adherencia al tratamiento en adolescentes suelen ser bajas por lo que introducir aplicaciones móviles y favorecer la cohesión de grupo durante el tratamiento pueden favorecer este aspecto.

La siguiente propuesta está diseñada como un tratamiento de los primeros síntomas depresivos y de ansiedad en etapas tempranas del desarrollo, como es la adolescencia.

3. Objetivos e hipótesis

El objetivo general de esta propuesta es desarrollar un nuevo modelo de intervención, integrando distintas orientaciones para el tratamiento de los síntomas depresivos y de ansiedad, específico para adolescentes de 13 a 18 años.

Los objetivos específicos son:

- Realizar una revisión de los distintos tipos de orientaciones y de terapias en el abordaje de la depresión y ansiedad en adolescentes, analizando sus ventajas e inconvenientes.
- -Desarrollar un plan de intervención temprana de los síntomas depresivos y ansiosos impidiendo su evolución y alcanzar niveles de gravedad del trastorno.
- Dotar de los recursos adecuados a los adolescentes, que les permitan realizar un mejor afrontamiento de los síntomas, mejorar sus competencias y habilidades.

4. Marco Teórico

4.1 Sintomatología depresiva y ansiógena en adolescentes

La adolescencia es una etapa del desarrollo que se define por la rapidez en los cambios físicos, fisiológicos y psicológicos. Los adolescentes se enfrentan a abundantes demandas del entorno académico, social y familiar que pueden vivirse con estrés. Existe una relación entre el estrés y el desajuste emocional en trastornos emocionales como ansiedad, depresión, baja autoestima o dificultades en las relaciones interpersonales (García-Madruga y Deval, 2019).

En esta etapa pueden aparecer manifestaciones relacionadas con los trastornos depresivos, de ansiedad u otros problemas de salud mental. Por este motivo es importante dotar de recursos a esta población en particular, para aumentar el balance

recursos versus demandas del medio y favorecer la gestión del estrés (García-Madruga y Deval, 2019).

En la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Adolescencia (2018) se indica que son escasos los estudios sobre prevalencia, diagnóstico y tratamiento de la depresión en adolescentes y, los resultados de estos, son variables debido a la dificultad diagnóstica en esta etapa, a que las manifestaciones pueden ser menos específicas, a diferencias en los estudios de criterios diagnósticos, tamaño de la muestra o instrumentos utilizados.

Sin embargo, se estima que las tasas de prevalencia globales de trastornos psicológicos durante la infancia y la adolescencia se encuentran entre el 14 y el 20% (Wittchen, Nelson y Lachner, 1998). Estos autores realizaron un estudio con población de 14 a 24 años y encontraron que un 16,8% tenían síntomas depresivos y un 14,4% síntomas ansiosos (Wittchen y cols, 1998).

4.2 Depresión en adolescentes

La depresión es habitualmente el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales de la vida de la persona. Es el trastorno mental más frecuente en España y Europa, a pesar de tener tasas elevadas de infradiagnóstico (Manyari, Salinas, Andrade-González y Lahera, 2017). Puede desarrollarse a cualquier edad, pero su inicio es más frecuente entre los 15 y los 45 años (Manyari y cols, 2017).

La Guía de Práctica Clínica (2018) establece diferencias entre la conducta habitual durante la adolescencia y la presencia de síntomas depresivos y ansiosos en esta etapa. En la adolescencia se pueden experimentar cambios de humor o cierta sensación de desasosiego pero no se presentan cambios importantes y prolongados en el comportamiento. Pueden experimentar en ocasiones tristeza o conductas de llanto, en respuesta a acontecimientos cotidianos y de corta duración. No hay cambios de comportamiento significativos y los pensamientos sobre la muerte, no son frecuentes. Las conductas de riesgo (i.e. consumo de alcohol) pueden ser frecuentes, pero en límites razonables, según su temperamento. Sin embargo, cuando el adolescente padece una depresión hay un cambio claro respecto al comportamiento previo, con síntomas de tristeza, irritabilidad, pérdida de interés en actividades, quejas frecuentes de aburrimiento o desesperanza. Los síntomas depresivos, como tristeza, pérdida del

interés o capacidad de disfrutar, están presentes la mayor parte del día, a diario y durante un mínimo de dos semanas. Hay un deterioro en el funcionamiento, dejan de hacer cosas que les gustaban, tienen mayor aislamiento y se produce una disminución del rendimiento académico. Pueden tener ideas de suicidio frecuentes y comenzar a realizar conductas de riesgo, no acordes a sus características previas (GPC, 2018).

4.3 Ansiedad en adolescentes

Los trastornos de ansiedad son los trastornos más diagnosticados en la infancia y la adolescencia. El síntoma clave de estos trastornos es la evitación manifiesta de lo temido. Hay otros síntomas más sutiles como son la indecisión, la incertidumbre o conductas ritualizadas. De los 12 a los 18 años las situaciones que provocan un mayor miedo o ansiedad son el rechazo de los iguales, la imagen corporal y la pérdida de autoestima: no saber cómo comportarse, que decir, cómo expresarse y hacer el ridículo (Vallejo, 1998).

Los trastornos de ansiedad suelen tener comienzo en la infancia o el principio de la adolescencia y suelen ser estables en el tiempo, aumentando la probabilidad de sufrir trastornos de ansiedad y del estado del ánimo en la adolescencia y mayor riesgo de padecer abuso de sustancias o suicidio en la edad adulta (Vallejo, 1998).

4.4 Comorbilidad en adolescentes

Como indica la GPC (2018), la existencia de comorbilidad entre trastornos en la adolescencia es más común que no encontrar comorbilidad. Esto puede ser debido a la coexistencia de los mismos factores de riesgo genéticos o ambientales para ambos trastornos, o que la aparición de uno de ellos favorece la aparición de los otros. Los trastornos asociados más frecuentes son: el trastorno distímico, trastornos de ansiedad, trastornos de la conducta y abuso de sustancias. Habitualmente, la aparición del trastorno depresivo mayor es consecutivo a la aparición de un trastorno anterior. Esta comorbilidad suele indicar peor pronóstico de respuesta a los tratamientos, sintomatología más prolongada en el tiempo o crónica y mayor riesgo de mortalidad, aumentando el coste social asociado (GPC, 2018).

Los datos expuestos respaldan el abordaje desde la perspectiva transdiagnóstica que se centra en evaluar y modificar los factores subyacentes a patologías asociadas como en los trastornos emocionales (de ansiedad y del estado del ánimo). Su factor clave es la regulación emocional para facilitar la comprensión y el tratamiento (Barlow, 2015). Esta aproximación puede ayudar a paliar los problemas asociados a la comorbilidad, que no se abordan en otros tratamientos.

5. Tratamientos existentes para la depresión y la ansiedad en adolescentes

En la Guía NICE (2019) se indica que en niños de 12 a 18 años con depresión leve, con una duración mayor de 2 semanas en observación de los síntomas y sin comorbilidad significativa o ideación suicida, se recomiendan las siguientes terapias psicológicas por un período aproximado de 2 a 3 meses:

- Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) digital.
- Grupo de Terapia Cognitivo-Conductual (TCC).
- Terapia de apoyo grupal no directiva (TAND)
- Ó Psicoterapia interpersonal grupal (TIP)

Como segunda línea de actuación, si no se satisface las necesidades del niño, o no son adecuadas para sus circunstancias, se recomiendan la terapia familiar basada en el apego o Terapia Cognitivo-Conductual individual.

En 2018 se ha publicado en España, la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y Adolescencia, que sustituye a la anterior elaborada en 2009, publicada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. En esta guía se recomienda, con fuerte evidencia científica a favor, utilizar la Terapia Cognitivo-Conductual o la Terapia Interpersonal, como tratamiento inicial que ha demostrado ser más eficaz en este rango de edad. En este sentido, un estudio metaanalítico, con un total de 3805 sujetos, encontró que entre todas las psicoterapias evaluadas, solo la TCC y la TIP son significativamente más beneficiosas que los grupos de control en el postratamiento y seguimiento. (Zhou y cols ,2017). La mayor parte de los estudios se

INTERVENCIÓN SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y DE ANSIEDAD EN ADOLESCENTES

enfocan en el corto plazo y la mayor parte de la muestra son adolescentes de 12 a 18 años.

Por estos motivos, se recomienda para el tratamiento de la depresión mayor en adolescentes, el formato grupal de TCC o la TIP como primera línea de tratamiento. De hecho, no se han identificado riesgos asociados al uso de las terapias indicadas en adolescentes, por lo que el balance riesgo/beneficio puede considerarse favorable (GPC, 2018). Se observó que los adolescentes perciben la psicoterapia de forma más positiva y prefieren un tratamiento integral con distintas opciones terapéuticas (GPC, 2018). Por otro lado, en casos de depresión leve sin problemas de comorbilidad, ni ideación suicida se recomienda una terapia de apoyo no directiva, TCC grupal o autoayuda guiada por 2 o 3 meses (NICE, 2019).

Sin embargo, estos estudios cuentan con limitaciones como la calidad de las variables consideradas críticas o importantes, que fue baja o muy baja, y la mayoría de los estudios no estuvieron sujetos al ciego o doble ciego de los terapeutas o evaluadores externos.

En el Metaanálisis realizado por Xinyu Zhou y cols (2017) se comparó la eficacia y aceptabilidad de las terapias para la depresión en niños y adolescentes en ensayos clínicos aleatorizados. Los resultados fueron limitados, ya que hay pocos ensayos clínicos que realicen la comparativa de dos tratamientos en la población infanto-juvenil. Se analizó el resultado postratamiento, en el seguimiento y las causas de abandono. En este metaanálisis, se analizaron 52 estudios con 9 psicoterapias y 4 condiciones de control. En los datos postratamiento se encontró que sólo la TIP y la TCC fueron significativamente más eficaces que el resto de las condiciones control, la diferencia de medias estandarizadas (DME se situaron de -0,47 a -0,96). Durante el seguimiento, las mismas dos terapias fueron las más eficaces significativamente (DME variaron de -0,26 a -1,05). La TIP obtuvo mejores resultados en el seguimiento a corto y largo plazo. La TIP y la Terapia de Solución de Problemas tuvieron un número significativamente menor de abandonos que la TC o TCC (Zhou y cols ,2017).

Tras el estudio, se recomienda para el tratamiento de los síntomas depresivos en niños y adolescentes la TCC o la TIP, indicando que otras terapias alternativas, han sido poco estudiadas en este rango de edad y que la condición control de lista de espera puede influir en que los datos resulten mayores, que comparado con otras alternativas de grupo control, como el placebo psicológico o el tratamiento convencional, más recomendables en los ensayos clínicos (Zhou y cols ,2017).

La Terapia Cognitivo-Conductual

En los años 70 la Terapia de la Conducta se va fusionando con la Terapia cognitivo-conductual al probarse la eficacia de la última en diversos estudios científicos. (Álvarez, 2006). La terapia cognitivo-conductual aúna técnicas de la terapia cognitiva y de la terapia de la conducta con el objetivo de reestructurar el funcionamiento desadaptativo de la cognición y disminuir los síntomas depresivos.

La Terapia Cognitiva concibe la depresión como pensamientos negativos sobre uno mismo, el mundo y el futuro. Es un procedimiento activo y estructurado por el que se enseña al paciente a controlar los pensamientos automáticos negativos, identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta, examinar evidencia a favor y en contra de los pensamientos distorsionados, sustituirlos por interpretaciones más realistas e identificar y modificar falsas creencias (Beck y cols, 1983).

La Terapia de la Conducta se inicia en 1950 con dos paradigmas básicos: el condicionamiento clásico o pauloviano y el condicionamiento operante o skinneriano. El Condicionamiento Clásico (Paulov y Watson, 2004) determina que se responde al estímulo condicionado por el aprendizaje de la asociación con un estímulo incondicionado influyendo en esta asociación: el orden de los estímulos, la temporalidad y contigüidad de los estímulos. En el condicionamiento operante de Skinner, el aprendizaje del individuo se basa en las contingencias obtenidas de sus conductas, aumentando la probabilidad de respuesta en las conductas reforzadas positivamente.

Hayes (2016) diferencia 3 generaciones de Terapia de la Conducta, la Primera que comprende sus inicios en 1950 con el condicionamiento clásico y operante. La Segunda Generación en los años 70 cuando se funde con la Terapia Cognitiva y actualmente, denominadas Terapias de la Conducta de Tercera Generación, abarcan, entre otras muchas, la Terapia Dialéctica de Linehan (1993) y la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosahl, 1996). Estas terapias no se centran en la reducción de los síntomas sino en la modificación del contexto en el que los síntomas son problemáticos. Hay pocos datos de estas terapias en el tratamiento de la depresión y ansiedad en adolescentes.

Terapia Cognitivo-Conductual digital

Esta Terapia es una forma de Terapia Cognitivo-Conductual que se realiza utilizando la tecnología digital, como un teléfono, una tablet o un ordenador. Se han utilizado programas digitales (como SPARX, Stressbuster y Aprovechar la oportunidad)

INTERVENCIÓN SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y DE ANSIEDAD EN ADOLESCENTES

para el tratamiento de la depresión leve en jóvenes de 12 a 18 años. Algunas de estas intervenciones facilitan el contacto con un profesional de la salud mental como apoyo adicional, pero otros no. Sólo uno de estos programas ha sido probado en Reino Unido.

En estos programas habitualmente se incluyen: psicoeducación, análisis de comportamiento, activación conductual, comunicación básica y habilidades interpersonales, relajación, autoconocimiento emocional, manejo de emociones fuertes, resolución de problemas, reestructuración cognitiva, identificación de pensamientos inútiles o negativos, atención plena y prevención de recaídas (NICE, 2019).

La Terapia Interpersonal

La Terapia Interpersonal (TIP) consta de tres fases: inicial, intermedia y de terminación, con objetivos especificados y está diseñada para tratar pacientes depresivos. Suele tener una duración de 20 sesiones, de 1 hora aproximadamente, con periodicidad semanal y las técnicas habituales son de exploración, comunicación, propiciación de los afectos, uso de la relación terapéutica, tomando el terapeuta una posición de defensa del paciente similar a un abogado y modificación de conducta (Fernández, Rodríguez, Diéguez, González y Morales, 1997).

En la fase inicial se realiza una revisión de los síntomas, poniendo nombre al síntoma y atribuyendo el rol de enfermo al paciente. Después, se revisan sus relaciones interpersonales presentes y pasadas y se relaciona la depresión con el contexto interpersonal. Se determinan áreas problema y objetivos del tratamiento. Se explican los supuestos de la TIP y se realiza un contrato (Fernández y cols, 1997).

En la fase intermedia se considera la depresión en relación manifiesta con una de las posible 4 áreas problema: 1) duelo, 2) disputas interpersonales, 3) transiciones de rol y 4) déficits interpersonales. Indagando si alguno de estos aspectos está relacionado y su relación (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984).

La fase de terminación se aborda dos semanas antes de finalizar la terapia para facilitar el reconocimiento del paciente de su independencia, se puede propiciar reacciones emocionales para prevenir que se interpreten como recaídas posteriormente. (Fernández y cols, 1997).

Tratamiento Farmacológico

La Guía NICE publicada en junio de 2019 indica que los fármacos antidepresivos no deben usarse para el tratamiento inicial de la depresión leve en niños y jóvenes.

En depresión moderada a severa se considera la terapia psicológica combinada con fluoxetina, perteneciente al grupo de inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS), para el tratamiento inicial en jóvenes (12-18 años) con precauciones como seguimiento regular, vigilancia de los efectos adversos, psicoeducación y técnicas psicoterapéuticas básicas.

En el tratamiento farmacológico, según la guía CANMAT, los efectos secundarios de los psicofármacos más comunes son problemas gastrointestinales, síntomas de activación (inquietud, nerviosismo o alteraciones del sueño, disfunciones sexuales o problemas neurológicos como la exacerbación de cefaleas o migrañas (Manyari y cols, 2017). Además en personas jóvenes en desarrollo, se ha encontrado mayor efecto del placebo y un aumento de las conductas o la ideación suicida en el tratamiento con psicofármacos. Por todo ello es, generalmente, más recomendable la psicoterapia.

Programas de Tratamiento para la Depresión

Respecto a la investigación realizada en esta área, son destacables los trabajos de Lewinsohn, Hoberman, Teri y Hautzinger (1985), quienes realizaron 3 programas de tratamiento para la depresión, compuestos de 12 sesiones cada uno, con las técnicas siguientes, indicadas en cada programa:

1) Programa de Actividades Agradables (entrenamiento asertivo, relajación, toma de decisiones, solución de problemas, comunicación y manejo del tiempo)

2) Entrenamiento en Habilidades Sociales (aserción negativa, aserción positiva y habilidades conversacionales en distintos ámbitos)

3) el Curso de Afrontamiento de la Depresión (CAD), consiste en un tratamiento psicoeducativo: programación de actividades agradables, entrenamiento en habilidades sociales, modificación de las cogniciones mediante la Terapia cognitiva de Beck (1983), establecer los valores personales y las metas.

En el CAD se ha realizado investigación sobre las variables del terapeuta y del participante en el resultado del tratamiento, además de la validación de su eficacia. Se ha utilizado en la prevención e intervención de la depresión en adolescentes obteniendo

INTERVENCIÓN SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y DE ANSIEDAD EN ADOLESCENTES

buenos resultados. (Lewinsohn, Clarke, Hops y Andrews, 1990). Las variables que predicen un mejor pronóstico en el tratamiento de la depresión son: menos nivel inicial de depresión, mejor funcionamiento social, dominio percibido sobre los eventos y percepción positiva de cohesión grupal. En este estudio se administro el CAD a tres condiciones experimentales: adolescentes, adolescentes con sus padres en grupos diferentes y un grupo en lista de espera. Los resultados muestran la eficacia del programa comparado con el grupo en lista de espera. Hay una tendencia a favorecer la opción que incluía a los padres, pero sólo una de las muchas comparaciones analizadas tuvo significación estadística. Se mantuvieron los resultados después de 2 años de seguimiento.

5.1 Limitaciones de los tratamientos actuales

En la mayoría de los tratamientos se concibe la depresión como una disminución de los refuerzos de la conducta o una inadecuación de las habilidades sociales (Lewinsohn y cols, 1990), por lo que los programas de intervención se basan en esta premisa y no se incluyen factores transversales como la regulación emocional (Belloch, 2012).

La Terapia Cognitivo-Conductual es la que tiene más evidencia empírica a favor, siendo también la terapia más estudiada (Zhou y cols ,2017). Se centra en la parte cognitiva y conductual pero no aborda la parte emocional, sino indirectamente, aunque en los últimos años, la regulación emocional provocado un incremento en el interés desde la TCC (Ribero-Marulanda y Gutiérrez, 2013). En los estudios realizados se han encontrado buenos resultados finales, pero no tenemos información del funcionamiento de los procesos por lo que se producen estos resultados. Además, en esta terapia se han encontrado las mayores tasas de abandono. En la TCC digital existe la limitación de no tener contacto directo o habitual con el terapeuta por lo que se asemeja a una terapia de autoayuda y, aunque puede ser un campo prometedor, existe poca investigación en estudios bien diseñados, respecto a su eficacia, facilidad de uso, accesibilidad, disponibilidad de apoyo y seguimiento (GPC, 2018).

La TIP tiene apoyo del modelo médico por su concepción del paciente como enfermo (Fernández y cols, 1997). Como limitación de esta terapia se señala que para poder revisar su rol, la persona debe tener conciencia y comprensión de sus relaciones interpersonales para poder trabajar con ellas. Además, la terapia suele funcionar mejor,

INTERVENCIÓN SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y DE ANSIEDAD EN ADOLESCENTES

cuando hay un menor deterioro social, al igual que la TC obtiene mejores resultados cuando hay una menor disfunción cognitiva. (Álvarez y Montes, 2001).

El contenido del primer programa de intervención expuesto es habitual en el tratamiento de la depresión. En este Programa de Actividades Agradables se utilizan técnicas como entrenamiento asertivo, relajación, toma de decisiones, solución de problemas, comunicación y manejo del tiempo. Se busca favorecer la comunicación eficaz con el entorno, disminuir la activación fisiológica, favorecer el procesamiento racional en la toma de decisiones y distribuir mejor las actividades en el tiempo disponible. Está centrado en la activación conductual y en mejorar la comunicación con el entorno, pero no incluye Terapia cognitiva, ni regulación emocional (Álvarez y Montes, 2001).

El segundo programa se centra en el Entrenamiento en Habilidades Sociales, usando técnicas de comunicación como: aserción negativa, aserción positiva y habilidades conversacionales en distintos ámbitos. Es un programa muy centrado en la comunicación interpersonal y las habilidades sociales, pero no incluye, Terapia cognitiva, ni de activación conductual, aún así ha logrado resultados, independientemente de la severidad del paciente (Álvarez y Montes, 2001).

El CAD es el programa más completo de los tres y el más investigado. Incluye el contenido de los dos programas anteriores: actividades agradables y entrenamiento en habilidades sociales. Además incorpora la psicoeducación, modificación de las cogniciones a través de la Terapia Cognitiva (Beck y cols, 1983) y ayuda a establecer valores y metas personales. Numerosos estudios respaldan su eficacia y aunque se diseñó para el tratamiento de depresión mayor en adultos, se han realizado estudios con adolescentes con muy buenos resultados (Álvarez y Montes, 2001).

El contenido de este programa es muy completo ya que establece valores y metas personales, lo que no se suele tratar en los programas de tratamiento para la depresión convencionales, pero sí se lleva a cabo en la Terapia de aceptación y Compromiso (Hayes y cols, 1996). A pesar de ser el programa más holístico de los tres, no se incluye en su contenido el abordaje directo de la gestión emocional (Lewinsohn y cols, 1990). Ninguno de los tres programas anteriores trata el factor de gestión emocional, a pesar de estar identificado como un factor subyacente importante en los trastornos emocionales en general y en la comorbilidad entre ellos (Barlow y cols, 2015).

Tras las investigaciones de CAD, al aplicar el programa a adolescentes se verifica la eficacia del programa en comparación con la lista de espera teniendo una tendencia a los mejores resultados obtenidos, no estadísticamente significativa, la

INTERVENCIÓN SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y DE ANSIEDAD EN ADOLESCENTES

opción que incluye a los padres de los adolescentes en grupos diferenciados (Lewinsohn y cols, 1990).

Las variables que predicen un mejor pronóstico según estas investigaciones son: menor nivel inicial de síntomas depresivos, mejor funcionamiento social, el dominio percibido sobre los eventos y la percepción positiva de cohesión grupal (Lewinsohn y cols, 1990).

En esta intervención se tienen en cuenta los factores indicados como variables de buen pronóstico en la investigación anterior, realizando una intervención temprana desde un nivel inicial leve, a partir de 14 puntos en el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). Para mejorar el funcionamiento social se utilizarán técnicas asertivas y ejercicios de habilidades sociales. Durante todo el programa se potenciará la cohesión grupal entre el grupo, con dinámicas grupales y animando a participar en otras actividades propuestas por la asociación.

Además, en este programa vamos a incluir la regulación emocional como un factor que tiene una importancia destacada la depresión y la ansiedad. Su entrenamiento favorece la percepción de autoeficacia y dominio percibido sobre los eventos, factor importante para un mejor pronóstico del trastorno, como se indica en la investigación.

6. Propuesta de Intervención

6.1 Presentación de la propuesta

La siguiente propuesta de intervención busca desarrollar un tratamiento integrador de los síntomas depresivos y ansiosos, especializado en adolescentes de 13 a 18 años. Se pretende, tras realizar una revisión de los datos obtenidos en investigación, integrar estos resultados a la práctica clínica.

Actualmente se observa una tendencia a la integración psicoterapéutica, que consiste en una orientación inclusiva en el estudio y en la práctica de la psicoterapia que argumenta que la mayoría de las modalidades de psicoterapia aportan algo positivo, muchas veces los conceptos son similares entre ellas, con otras denominaciones o con mayor enfoque en unos componentes u otros presentes en los trastornos. Esta es una propuesta integradora que une la Terapia Cognitiva (Beck y cols, 1983), la perspectiva

INTERVENCIÓN SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y DE ANSIEDAD EN ADOLESCENTES

Transdiagnóstica (Barlow y cols, 2015) y la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes y cols, 1996).

La base cognitiva del tratamiento se basa en el modelo de depresión de Beck (1983). Determina que, en las experiencias tempranas del individuo, se crean supuestos disfuncionales y en un momento de su vida, sucede un incidente crítico para la persona, que activa los supuestos disfuncionales en forma de pensamientos automáticos negativos. Esto hace que se produzcan síntomas (cognitivos, conductuales, emocionales y fisiológicos) de carácter depresivo y ansioso. Como consecuencia del malestar que producen estos síntomas se produce una evitación conductual y cognitiva que contribuye en el mantenimiento de los síntomas. Esto produce alivio a corto plazo, pero a medio y largo plazo disminuye la autoeficacia.

Esta evitación experiencial también se trata en la Terapia de Aceptación y Compromiso desde la perspectiva de clarificación y proximidad a los valores y metas de la persona, en lugar de centrarse en la reducción de los síntomas (Hayes, 2016). Esta terapia está basada en la Teoría del Marco Relacional que nos circunscribe como seres verbales y determina sus contingencias en el aprendizaje relacional (Luciano y Valdivia, 2006). Se enfoca en el valor del lenguaje utilizando metáforas y paradojas para clarificar los valores personales. La evitación experiencial destructiva se conceptualiza como limitación de la persona que extiende su sufrimiento a muchas facetas y se identifica como origen y mantenimiento de muchos trastornos psicológicos. Se aborda mediante una concepción del sufrimiento como parte de la vida y mediante ejercicios experienciales (Luciano y Wilson, 2002).

6.2 Objetivos concretos que persigue la propuesta

- Reducir el malestar y los síntomas depresivos (conductas de tristeza, irritabilidad, llanto). Teniendo en cuenta los cambios psicofisiológicos y hormonales propios de la etapa evolutiva y la aceptación de estos cambios.
- Ayudar a comprender los síntomas depresivos y adquirir creencias más adaptativas y saludables.
- Identificar y modificar las distorsiones cognitivas.
- Promover una cohesión grupal que favorezca la adherencia a la terapia y el apoyo social como factor de protección frente a los trastornos psicológicos.

INTERVENCIÓN SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y DE ANSIEDAD EN ADOLESCENTES

- Favorecer la regulación emocional adecuada, mejorar la identificación de emociones y la expresión emocional. Promover la autoobservación, autoconsciencia y el control de la atención.
- Mejorar la comunicación en las relaciones con su entorno, con sus iguales y su familia, considerando el apoyo social un factor de protección frente a trastornos mentales.
- Aumentar la percepción de autoeficacia de los adolescentes y su proceso de resolución de problemas, aumentando la flexibilidad cognitiva.
- Clarificar las metas y valores personales.
- Disminuir la puntuación de los cuestionarios administrados en la prueba posterior al tratamiento.
- El mantenimiento de la mejoría y la Prevención de recaídas.

6.3 Contexto en el que puede aplicarse la propuesta

La propuesta puede aplicarse en el tratamiento de la depresión y ansiedad para adolescentes en contextos educativos, sanitarios, grupos de tiempo libre o en asociaciones comprometidas con el tratamiento de la depresión en personas jóvenes. Es un programa de intervención que pretende abordar los síntomas desde el inicio, detectando los síntomas en estadios precoces para establecer medidas adecuadas de tratamiento que impidan la progresión del trastorno, la comorbilidad y el incremento en la gravedad de los síntomas. El objetivo es dotar al adolescente de recursos útiles en el afrontamiento de los síntomas depresivos, en la resolución de problemas que se le puedan presentar, aumentando su autoeficacia.

Criterios de inclusión:

- Los participantes son adolescentes de 13 a 18 años con síntomas depresivos y ansiedad. Se incluyen en el programa con una puntuación de BDI-II superior a 14 puntos e inferior o igual a 28 puntos, lo que se clasifica como depresión leve a moderada. También se incluyen si, aún no llegando a la puntuación mínima, puntúan en la pregunta nº 9, ítem que valora la desesperanza. Este rango de edad se ha determinado por la idoneidad de los instrumentos usados y las investigaciones revisadas.
- Cumplir los criterios del manual diagnóstico DSM-V para el Trastorno de Depresión Mayor con síntomas de ansiedad. En este caso se

INTERVENCIÓN SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y DE ANSIEDAD EN ADOLESCENTES

conceptualiza como tratamiento con los requisitos indicados en el manual diagnóstico y la puntuación de los cuestionarios para la investigación posterior con una muestra amplia, que permita mostrar los resultados significativos estadísticamente o no, del programa realizado. También se puede llevar a cabo el programa con sujetos subclínicos o que no puntúen en BDI-II con síntomas depresivos y de ansiedad cuando no se proceda a la evaluación del propio programa.

Para la validación empírica, se solicita como criterio de exclusión:

- Estar fuera de los rangos de edad establecidos.
- Puntuación de BDI-II, igual o superior a 29 puntos, clasificada como depresión grave y que precisa tratamiento individual más específico y posiblemente más prolongado.
- Existencia de otros trastornos que dificulten la participación en grupo y aconsejen un tratamiento individual.
- Nivel elevado de agresividad interpersonal.

6.4 Metodología y recursos.

Este trabajo se enmarca como una propuesta de intervención para el tratamiento de los síntomas depresivos y de ansiedad en la población adolescente. Su aplicación está indicada para pacientes con Trastorno Depresivo Mayor con síntomas de ansiedad, según manual diagnóstico DSM-V.

Los participantes son adolescentes de 13 a 18 años. Se incluyen en el programa con una puntuación de BDI-II de 14 puntos a 28 puntos, ambos inclusive, o con puntuación en la pregunta nº 9 (desesperanza).

La intervención es un tratamiento breve de un total de 12 sesiones con una periodicidad de una sesión por semana, de hora y media de duración. El número de sesiones es el más habitual en los programas revisados y se ha estipulado en función del contenido a tratar.

Los grupos están formados por 8 a 10 participantes y un psicólogo. Las sesiones se realizarán en una sala de la asociación con la privacidad precisa, mobiliario adecuado y sillas en una disposición circular para facilitar la participación.

INTERVENCIÓN SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y DE ANSIEDAD EN ADOLESCENTES

El papel del terapeuta es un papel de cooperación en el proceso de cambio del adolescente, evitando la patologización de sus síntomas y centrando la atención en los recursos personales. Se aconseja adoptar una perspectiva humanista, también solicitada desde la perspectiva transdiagnóstica (Barlow y cols, 2015) y la Terapia de Aceptación y Compromiso (Luciano y Wilson, 2002).

Tras la finalización del programa, si existe un interés por continuar con la terapia se derivará a un tratamiento posterior y se enlazará con los recursos existentes en la asociación: talleres, terapias, etc.

La evaluación se realiza en una sesión individual antes y después del tratamiento. Se realizará un seguimiento a los 3 meses, a los 6 meses y 1 año.

Para comparar la eficacia del tratamiento respecto a la Terapia Cognitivo-Conductual convencional, se realiza un estudio de resultado de los datos obtenidos antes y después del tratamiento, en comparación con los datos producidos por un grupo con las mismas características y duración del tratamiento. Se realiza un análisis estadístico ANOVA de 2 grupos x 2 momentos con los datos obtenidos, para determinar si los resultados obtenidos son estadísticamente significativos.

Para la realización de tareas para casa y prevención de recaídas, se recomienda el libro de Patrizia Collard: "El pequeño libro del mindfulness: 10 minutos al día para reencontrarse con la vida". Es un libro con ejercicios sencillos, ilustraciones y fácil de llevar para implementar prácticas de Mindfulness diariamente.

6.5 Actividades

En el tratamiento de la depresión y la ansiedad para establecer una buena alianza terapéutica son importantes las habilidades terapéuticas como escucha activa, empatía, mostrar un interés genuino por ayudar al paciente y habilidades de comunicación. Se utilizan técnicas de comunicación como las instrucciones, la clarificación, el espejo, la paráfrasis, la autorrevelación y el resumen (Rojí y Cabestrero, 2004).

Al inicio de todas las sesiones excepto la primera, se dedican unos minutos para revisar los autorregistros semanales y las tareas para casa (actividades agradables, ejercicios de mindfulness, autorregistros, etc). También se toma la puntuación del estado de ánimo semanal.

INTERVENCIÓN SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y DE ANSIEDAD EN ADOLESCENTES

Se van a tratar los siguientes factores, con las estrategias terapéuticas detalladas:

<i>Procesos</i>	<i>Técnicas</i>
Errores cognitivos (perfeccionismo)	Terapia Cognitiva
Inhibición conductual y evitación	Activación conductual
Ineficacia en la resolución problemas	Terapia Resolución de Problemas
Falta de apoyo social	Habilidades Sociales y cohesión grupal
Desregulación emocional	Perspectiva Transdiagnóstica
Sesgos atencionales y emocionales	Mindfulness y respiración
Evitación experiencial	ACT
Falta de valores y metas	ACT

Sesión 1: Presentación, autorregistros y balance decisional

Objetivos: Promover un ambiente seguro, de confianza y cooperación, además de establecer normas claras de relación respetuosa, reforzando la participación. Facilitar la cohesión grupal e introducir instrucciones para completar los autorregistros. Realizar un balance motivacional y exponer en el grupo sus motivos de cambio para favorecer la motivación y el compromiso. Respecto a la inhibición, se pretende incrementar la activación conductual con las actividades gratificantes focalizando la atención en las actividades que realizan y la satisfacción que les produce.

Recursos: Autorregistros a través de la aplicación móvil, hoja de balance decisional y hoja de actividades gratificantes (*ver Anexos*).

Descripción de la actividad: Se realiza una presentación del terapeuta y del programa, explicitando la confidencialidad y la cooperación necesaria para la eficacia del tratamiento. Se llevan a cabo dinámicas de grupo como “presenta al compañero”. Se colocan por parejas con la persona que tienen al lado y tienen unos minutos para intercambiar información sobre su nombre, edad, un sitio donde le gustaría ir y un sueño que le gustaría cumplir. Después cada uno presentará la información del compañero al grupo.

Se sondea si tienen teléfono móvil y si han descargado la aplicación para realizar autorregistros de estado de ánimo, pensamientos, emoción, situación (*ver tabla 1*).

INTERVENCIÓN SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y DE ANSIEDAD EN ADOLESCENTES

También se pueden facilitar por escrito, según el caso. Se detalla la aplicación móvil y los autorregistros que se rellenan semanalmente. Pueden elegir plasmar algún momento en el que experimenten mayor intensidad emocional para que analicemos y seamos más conscientes de los factores que aparecen en esas situaciones.

Se facilita a cada participante una hoja con un balance decisional (*ver Tabla 2*), y se dan unos minutos para que las rellenen definiendo los beneficios y los costes tanto del proceso de cambio, como de no cambiar. Después se expone en el grupo los motivos aportados y se refuerza la actitud de cambio.

Se pregunta por actividades que les resulten agradables, aportando cada participante sus gustos, aficiones y ampliando con otras posibles formuladas por el terapeuta como: pintar, dibujar, tocar un instrumento, pasear, visitar un museo, quedar con un amigo, visitar a un familiar, ver una exposición, salir a correr, ir al campo, etc. Se anima a elegir actividades agradables de la lista para realizarlas cada semana y marcar en la lista, las que se han realizado y como se han sentido realizándolas con puntuación del 0 al 10.

Justificación teórica: Los resultados de las investigaciones muestran que hay dos factores que influyen en el éxito del tratamiento y en el mantenimiento posterior de los resultados: el grado de adhesión al tratamiento y el grado de motivación hacía el cambio. La motivación al cambio puede potenciarse mediante un balance decisional y favorecer la autoeficacia. (Barlow y cols, 2015). Por otro lado, la activación conductual es muy eficaz en el tratamiento de la depresión, ya que promueve la activación fisiológica y disminuye la inhibición conductual o la evitación propia del trastorno.

Sesión 2: Distorsiones cognitivas

Objetivos: Conocer e identificar las distorsiones cognitivas

Recursos: Se facilita hoja con las distorsiones cognitivas (*ver Anexos*).

Descripción de la actividad: Cada distorsión se explica en el grupo como un error de pensamiento que tenemos todos en ciertos momentos, pero es más frecuente en estados emocionales intensos. Cada distorsión se acompaña de ejemplos, se pide colaboración con experiencias que hayan tenido para facilitar la comprensión. Se pone de manifiesto el error de pensamiento y la focalización en un solo aspecto, en lugar de ver la situación desde una perspectiva amplia más real, completa y adaptativa.

INTERVENCIÓN SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y DE ANSIEDAD EN ADOLESCENTES

Justificación teórica: Durante la depresión se producen sesgos en el procesamiento de la información de forma automática que favorecen los estados depresivos. La Terapia Cognitiva de Beck, 1983 ayuda a identificar las distorsiones cognitivas más frecuentes para favorecer el procesamiento de la información de forma más consciente y adaptativa.

Sesión 3: Ideas irracionales. Perfeccionismo y rumiación

Objetivos: El objetivo es identificar los supuestos básicos, asumidos por el participante, sobre las ideas irracionales y poner en duda esos supuestos facilitando otras alternativas de pensamiento adaptativas. Identificar el perfeccionismo y sus consecuencias.

Recursos: Ideas Irracionales de Albert Ellis, 1990 (*ver Anexos*).

Descripción de la actividad: Se exponen las Ideas Irracionales (Ellis, 1990) y se pide que levanten la mano cuando estén de acuerdo con la idea que se describe. Después de cada idea, especialmente si es apoyada por el grupo se utiliza la Reestructuración Cognitiva de Beck (1983) con los siguientes pasos: se valora la idea irracional, los hechos que lo sustentan, el contraste empírico, el contraste adaptativo y se generan pensamientos alternativos.

Se sondea el grado de perfeccionismo de cada participante, las implicaciones de este en la realización de las tareas académicas, procrastinación y malestar. Se establecen objetivos alcanzables y prioridades definiendo lo que es urgente o importante y lo que no lo es. Se ajustan expectativas, evitando el perfeccionismo y estableciendo metas alcanzables y realistas. Se establecen pequeñas metas medibles en corto espacio de tiempo y se planifican actividades de refuerzo agradables. La planificación temporal, la tolerancia al error y a la frustración, la regulación emocional y la flexibilidad cognitiva son importantes para realizar las tareas diarias evitando la rumiación o conductas castigadoras y reforzando las aproximaciones a las metas establecidas. Se debate sobre la preocupación adaptativa y la preocupación desadaptativa.

Justificación teórica: El perfeccionismo y la rumiación se han establecido como factores de riesgo de la depresión y la ansiedad. (Ferrer, Martín-Vivar, Pineda, Sandín y, 2018). El perfeccionismo y la rumiación están relacionados con las ideas irracionales, en especial con la idea nº 11 (i.e., hay una solución perfecta y sino se encuentra es catastrófico).

Sesión 4: Dinámica de grupo y Mindfulness

Objetivos: Realizar una dinámica que facilite la cohesión grupal. Reducir sesgos emocionales y atencionales. Centrar la atención en el momento presente y poner atención en las capacidades sensoriales que utilizamos para percibir en cada situación.

Recursos: “El pequeño libro del mindfulness: 10 minutos al día para reencontrarse con la vida” de Patrizia Collard.

Para las dinámicas se puede proporcionar o solicitar a los participantes que traigan objetos, pueden ser frutas, instrumentos musicales pequeños, material escolar, juguetes u objetos personales significativos para la persona. También es preciso una flor por grupo y un bombón por participante.

Descripción de la actividad: Se realiza la dinámica de grupo “viaje por los sentidos” que consiste en que los participantes se reparten en grupos, y se sitúan un participante de cada grupo frente al otro. Un grupo se venda los ojos y el miembro situado en frente, del otro grupo, le pasará un objeto. Deben poner atención en adivinar el objeto a través del tacto, oído u olfato. Los objetos se van pasando de una pareja a otra, al final se quitan la venda y comprueban los aciertos y errores.

Después de la dinámica “viaje por los sentidos” se van introduciendo ejercicios cortos de Mindfulness para focalizar la atención en el presente como “mira a tu alrededor y vive más” focalizándose en el aquí y ahora, en un elemento del entorno, en sus características y en su posible formación. (Collard, 2014). También se realizan ejercicios de atención plena con un bombón de chocolate y con una flor. En estos ejercicios se percibe con todos los sentidos cada aspecto del objeto y se centra la atención en el presente y en las capacidades sensoriales que activa cada elemento.

Justificación teórica: La cohesión grupal es un proceso dinámico que está relacionado con la empatía, el compartir sentimientos, la confianza hacia los otros miembros del grupo, la aceptación de los valores, sentimientos y problemas. La confianza es la variable que mejor predice la cohesión grupal (Roark y Sharah, 1989).

En los procesos depresivos se producen sesgos emocionales y atencionales que llevan a la persona a centrar su atención en los aspectos más negativos de las situaciones, en tiempos pasados o futuros como en la triada cognitiva de Beck (1983). En este aspecto, puede favorecer la práctica de ejercicios de Mindfulness o Atención

INTERVENCIÓN SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y DE ANSIEDAD EN ADOLESCENTES

Plena, que ha demostrado buenos resultados en procesos depresivos, ansiedad y en diversos tratamientos con adolescentes.

La práctica de la atención plena como una forma de conciencia centrada en el presente, no evaluativa en la que los pensamientos o sentimientos se observan sin identificarse en exceso con ellos, ni reaccionando a ellos automáticamente evitando perpetuar patrones habituales de reactividad emocional. En los mecanismos del Mindfulness se encuentra la regulación de la atención, la regulación emocional, la conciencia del cuerpo y la flexibilidad psicológica desarrollando un proceso de aumento de la autorregulación (Langer y cols, 2017).

Sesión 5: Regulación Emocional I

Objetivos: Se pretende comprender las emociones y las respuestas aprendidas.

Recursos: Se utilizan descripciones de las emociones del “Emocionario” (Núñez y Valcárcel, 2013) y autorregistros con pensamientos, sensación física/sentimientos y conducta (*ver tabla 3*), para realizar a través de la aplicación móvil

Descripción de la actividad: Hay una fase de Psicoeducación, se describen las emociones con apoyo en el Emocionario (Núñez y Valcárcel, 2013), para facilitar la identificación de éstas y enriquecer su expresión emocional. Se analiza la naturaleza funcional y adaptativa de las emociones, en especial, la función de las emociones primarias y las Conductas Impulsadas por la Emoción o CIE. Se explican los tres componentes de las emociones: fisiológico (qué siento en el cuerpo), cognitivo (qué pienso) y conductual (qué hago), siguiendo las indicaciones del Protocolo Unificado de Barlow (2015). Se comenta en el grupo las siguientes cuestiones: ¿Qué sensaciones físicas se asocian con la depresión o la tristeza? ¿y con la fatiga o tensión muscular? ¿se dan respuestas físicas similares en diferentes estados emocionales? ¿Qué tipo de pensamiento tienes cuando te sientes deprimido o ansioso? ¿Y cuando te sientes feliz? ¿Cómo reaccionas ante los pensamientos de tristeza? Se facilitan ejemplos: una persona deprimida puede estar en cama todo el día, porque el pensamiento de salir es demasiado abrumador (Barlow y cols, 2015).

Se envían como tarea para casa, a valorar en la próxima sesión: el autorregistro con pensamientos, sensación física y conducta (*ver tabla 3*) y el autorregistro de Antecedentes-Respuestas-Consecuencias (*ver tabla 4*).

INTERVENCIÓN SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y DE ANSIEDAD EN ADOLESCENTES

Justificación teórica: La regulación emocional es uno de los conceptos claves en la perspectiva transdiagnóstica por su relación con los trastornos emocionales (depresión y trastornos de ansiedad en general) como factor subyacente común a todos ellos. Se trabaja desde la perspectiva transdiagnóstica concretamente con las indicaciones del Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales (Barlow y cols, 2015).

Sesión 6: Regulación Emocional II

Objetivos: Favorecer la conciencia emocional observando las emociones sin juzgarlas. Realizar un análisis funcional siendo consciente de los procesos automáticos. Técnicas de respiración y relajación.

Recursos: Autorregistro (*ver tabla 4*)

Descripción de la actividad: Se revisan los autorregistros encargados como tarea (*ver tabla 3 y tabla 4*). Se lleva a cabo el reconocimiento y análisis de la respuesta emocional. El autorregistro (*ver tabla 4*) se corresponde con un ejemplo de Registro del análisis contextual de emociones y Conductas Impulsadas por la Emoción (CIE). Antecedentes-Respuestas-Consecuencias (ARC) de las emociones (Barlow y cols, 2015). Corresponde con tareas para casa encargadas la sesión anterior, para realizar a través de la aplicación móvil de registros. Se realiza un análisis funcional de los autorregistros completados, tomando consciencia de los errores de pensamiento y los procesos automáticos. Se profundiza en las expectativas previas o en los antecedentes y en las consecuencias.

Se realizan Técnicas de Relajación y Respiración para producir cambios en el sistema nervioso autónomo que contribuyen en la focalización de la atención. Unos minutos antes de finalizar la sesión se baja la iluminación ambiental y se facilitan instrucciones como cerrar los ojos, poner los pies apoyados en el suelo y ser conscientes de la respiración, se sigue la inspiración expiración y se evocan imágenes de calma, peso y calor. Después de los minutos de relajación (aproximadamente 10 min) se indica que se reincorporen muy despacio.

Justificación teórica: Se entrena en conciencia emocional aprendiendo a observar las experiencias sin juzgarlas. Promoviendo una reevaluación cognitiva de las respuestas emocionales para aumentar la flexibilidad de pensamiento tomando consciencia de errores cognitivos como sobrestimar la probabilidad y catastrofizar (Barlow y cols, 2015).

INTERVENCIÓN SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y DE ANSIEDAD EN ADOLESCENTES

Las Técnicas de Relajación y Respiración buscan producir cambios en el sistema nervioso autónomo, reduciendo el ritmo cardiaco, la presión arterial, la tensión muscular y los niveles de hormonas del estrés como el cortisol. Favoreciendo la regulación psicofisiológica, incrementando la circulación sanguínea cerebral y descendiendo el consumo metabólico de oxígeno. Se introduce el entrenamiento en relajación autógena Schultz, 1928 (citado por de Rivera, 1982). Basado en tomar consciencia regulando las fases de la respiración y evocar representaciones mentales físicas (peso, calor) que favorecen el estado de relajación.

Sesión 7: Habilidades sociales

Objetivos: Entrenar en habilidades sociales para favorecer el apoyo social como factor de protección.

Recursos: Se utilizan técnicas de instrucciones, modelado, ensayo conductual, retroalimentación, refuerzo, estrategias y tareas para casa poniendo en práctica lo aprendido y como método de generalización.

Descripción de la actividad: Para el entrenamiento en habilidades sociales se contemplan las dimensiones de la comunicación :

- verbal o el contenido del mensaje (temas, verbalizaciones positivas, manifestaciones empáticas, humor, rechazo, refuerzo, autorrevelación)
- paralingüístico (tono, volumen, intensidad, ritmo, inflexiones, tiempo del habla, velocidad)
- no verbal (orientación del cuerpo, gestos de manos, brazos, postura, expresión facial, contacto visual, características físicas y de presencia).
- la función de la conducta no verbal, confirmando o negando el mensaje verbal.

El primer paso es atender con empatía, discriminar señales de aproximación o no aproximación, detectar y emitir las señales adecuadas. Iniciar conversaciones, mantenerlas, finalizar conversaciones y manejo de los silencios (Guerrero y Maldonado, 2009).

Justificación teórica: En adolescentes deprimidos suele haber menor interacción social y aislamiento. Favorecer las relaciones sociales puede ayudar en el tratamiento, como un factor de protección frente a la depresión y ansiedad. Además es una de las

INTERVENCIÓN SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y DE ANSIEDAD EN ADOLESCENTES

situaciones más temidas durante esta edad las variables de la interacción con otros y la adecuación de sus habilidades sociales (Vallejo, 1998).

Sesión 8 y 9 : Terapia de Solución de Problemas

Objetivos: Se pretende facilitar la resolución planificada y racional de problemas.

Recursos: Terapia de Solución de Problemas (TSP) , Debate grupal y cambio de papeles.

Descripción de la actividad: Para facilitar la resolución planificada y racional de los problemas se utiliza la Terapia de Solución de Problemas y se explican las fases propuestas por Nezu A., Nezu C. y D´Zurilla (2014) que son las siguientes: orientación al problema, definición y formulación, generación de alternativas de solución, toma de decisiones y verificación. Se realiza un análisis del estilo de afrontamiento y los esquemas internos, dirigiendo los recursos personales hacia el análisis y el afrontamiento adecuado a la situación, en lugar de la evitación. Se solicita información sobre problemas que les preocupen y se siguen los pasos de solución de problemas, aportando todas alternativas de solución entre todos con empatía, simulando, si fuera un problema propio que harían para resolverlo.

En la sesión 9 se repasan las fases, se exponen y debaten las dificultades para ponerlo en práctica y después, se solicita información sobre algún problema que hayan resuelto favorablemente y que indiquen como lo resolvieron. Este afrontamiento aumenta la percepción de autoeficacia.

Para facilitar la resolución de problemas interpersonales se analizan patrones de comunicación y estilos comunicativos: agresivo, pasivo y asertivo. Se definen los distintos estilos comunicativos y las consecuencias en las relaciones. Se realizan ejercicios de role playing o cambio de papeles para observar la escena desde otras perspectivas favoreciendo la empatía.

Justificación teórica: La Terapia de Solución de Problemas (Nezu y cols, 2014) establece fases planificadas para favorecer un afrontamiento racional de los problemas más efectivo y evitar conductas guiadas por la emoción, como la evitación, propias de estados como la depresión. En la orientación al problema se determina si es un problema con solución que depende de nosotros, de otras personas o no tiene solución y se promueve la aceptación.

Sesión 10: Evitación experiencial

Objetivos: El objetivo es entender el sufrimiento psicológico como parte de la vida.

Recursos: Psicoeducación y debate grupal. Metáfora de Terapia de Aceptación y Compromiso (Luciano y Wilson) apostar por dos caballos (*ver Anexos*).

Descripción de la actividad: Se pregunta sobre lo que entienden por sufrimiento psicológico y lo que hacen cuando se sienten mal. Se conceptualiza este sufrimiento como parte de la vida y se indica que sentirse mal puede provocar mayor sufrimiento cuando no es asumido como algo natural. Se buscan ejemplos de personas que emplean la evitación cronicada o generalizada de lo que les produce malestar, lo que deriva en tener una vida muy limitada y extender el sufrimiento a muchas facetas, esto se define en la Terapia de Aceptación y compromiso como (TEE) Trastorno de Evitación Experiencial (Luciano y Wilson, 2002).

Se debate sobre la evitación experiencial, si la han utilizado en algún momento y que ha sido lo que les ha costado afrontar, su conducta, sus consecuencias y otras alternativas de afrontamiento más saludables. También se utilizan paradojas para resaltar la contradicción entre las construcciones verbales de la evitación promoviendo la espontaneidad. Se expone la metáfora (*ver Anexos*) apostar por dos caballos (Luciano y Wilson, 2002) para visualizar las consecuencias de no comprometerse sus metas.

Justificación teórica: La evitación es perjudicial cuando la evitación deliberada va en contra del resultado deseado por la persona. Cuanta mayor oposición muestra la persona a una determinada emoción o pensamiento, más frecuente puede producirse el evento por la formulación que hace verbalmente. También es muy perjudicial la evitación emocional a través de formas no saludables (drogas, alcohol, juego o adicciones en general). Diferentes trastornos psicológicos pueden estar relacionados con la evitación como el factor funcional más importante en su etiología y mantenimiento, aunque sea diferente la fuente a evitar o el patrón de evitación experiencial destructivo (Hayes y cols, 1996). La literalidad y la evaluación influyen negativamente en la paradoja verbal. La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) propone que la aceptación de los eventos privados son un compromiso elegido con su vida (Luciano y Wilson, 2002).

Sesión 11: Establecer metas y valores personales

Objetivos: Se pretende clarificar los valores para que la persona aprenda a elegir la dirección de su vida, que acepte los eventos privados unidos a aspectos que no pueden cambiarse y fortalecer el yo como contexto para contemplar los contenidos privados desde una experiencia estable de uno mismo, poder elegir (Luciano y Wilson, 2002).

Recursos: Ejercicios experienciales y metáforas (ver Anexos)

Descripción de la actividad: Se suelen utilizar las metáforas como fórmula verbal para conectar con la clase funcional de evitación. En las metáforas físicas, el evento privado adquiere forma física (i.e. una barrera) y se pueden realizar acciones simbólicas como acercarse o distanciarse físicamente del objeto (i.e. que se sitúe en relación con su meta). La efectividad de estos ejercicios experienciales se basa en que produzcan un cambio en la relación con los eventos privados en nuevas circunstancias de experimentación y son técnicas que se suelen usar en el tratamiento de grupos.

Para explicar la relación terapéutica se utiliza la metáfora de los dos escaladores, destacando la perspectiva del terapeuta para poder ayudar en la escalada de la montaña al participante, sin obviar que cada uno escala su propia montaña y los valores los establece el paciente.

Para establecer los valores personales se utiliza la metáfora del jardinero, visualizando cuales son las cosas que quiere en su vida y el estado en el que se encuentran en ese jardín. También se intenta desapegar del resultado centrándose en el proceso que depende de la persona. Se simboliza el proceso como plantar una semilla que necesita la paciencia suficiente para crecer.

Los componentes que tratar son: donde está, que le conduce a estar allí y cuál es el coste o resultado respecto a donde quisiera estar, tomando los valores como la motivación de su historia individual. (Luciano y Wilson, 2002).

Justificación teórica: La Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes y cols, 1996) es una de las terapias más completas, se basa en la Teoría del Marco Relacional sobre la cognición y el lenguaje, que nos define como seres verbales con las consiguientes relaciones que se establecen a través del lenguaje y que influyen en el pensamiento y la percepción. Se utilizan abundantes metáforas para modificar la lógica subyacente a asociaciones previas establecidas. Pretende focalizarse en la aproximación a las metas y valores personales, en lugar de la reducción de los síntomas

y se centra en el concepto de evitación experiencial destructiva como base de la psicopatología. (Luciano y Wilson, 2002).

Sesión 12: Prevención de recaídas y mantenimiento.

Objetivos: Conseguir el mantenimiento de las mejoras obtenidas y prestar atención a los síntomas para poner en marcha los recursos incorporados. Facilitar el contacto con recursos útiles de los que se puedan beneficiar en su tratamiento.

Recursos: Repaso. Hábitos saludables (GPC, 2018). Facilitar datos de contacto de asociaciones y actividades programadas: talleres, visitas, etc.

Descripción de la actividad: En la última sesión se hace un breve recordatorio de los temas tratados, se facilita material escrito con la información de hábitos de vida saludables contenidos al final de la Guía Clínica 2018 sobre ejercicio, alimentación y sueño. Se resuelven dudas y se focaliza la atención en las diferencias de conocimientos al inicio y al final del curso. Se anima a poner en práctica con frecuencia los recursos incorporados. Y se enlaza a los participantes con recursos comunitarios o de asociaciones para favorecer un buen funcionamiento: talleres, actividades, etc. Es importante reforzar la percepción de autoeficacia del participante.

Justificación teórica: La prevención de recaídas es una parte importante de los programas de tratamiento para evitar episodios recurrentes del trastorno y mantener las mejoras obtenidas. Los hábitos saludables son medida de prevención en el desarrollo de los síntomas depresivos y ansiosos (GPC, 2018).

6.6 Cronograma de aplicación

La Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Adolescencia(2018), recomienda para el tratamiento de la depresión leve, una periodicidad semanal de las sesiones, durante un periodo de 8 a 12 semanas. En este programa se recogen estas recomendaciones y se distribuyen las sesiones semanalmente, según el cronograma que se detalla a continuación (*ver tabla 5*).

Este programa consta de 2 sesiones de evaluación, antes y después del tratamiento, y 12 sesiones de intervención. Cada una de las actividades propuestas se realiza en una o dos sesiones. La programación propuesta debe ser más flexible en su

INTERVENCIÓN SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y DE ANSIEDAD EN ADOLESCENTES

aplicación clínica, cuando no se produzca una evaluación del programa, adecuándose a situaciones de los participantes que precisen prioridad en la intervención.

Tabla 5

Distribución temporal de la evaluación y de la intervención terapéutica.

	FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO	
<i>Evaluación Pre-ttmo.</i>	■													
<i>Presentación</i>		■												
<i>Distorsiones cognitivas</i>			■											
<i>Ideas irracionales</i>				■										
<i>Mindfulness</i>					■									
<i>Regulación emocional</i>						■	■							
<i>Habilidades sociales</i>								■						
<i>Solución de Problemas</i>									■	■				
<i>Evitación experiencial</i>											■			
<i>Metas y valores</i>												■		
<i>Prevención recaídas</i>													■	
<i>Evaluación post-ttmo.</i>														■

6.7 Evaluación de la propuesta

Antes de la primera sesión, se lleva a cabo la evaluación individual mediante entrevista semiestructurada. Se administra el inventario de Depresión (BDI-II) de Beck, 1996 y el Inventario de ansiedad estado-rasgo (STAI) de Spielberger, 2010.

INTERVENCIÓN SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y DE ANSIEDAD EN ADOLESCENTES

Tras la evaluación, se indica que en caso de la incorporación al programa, se recomienda descargar la Aplicación de teléfono móvil gratuita Self-monitoring (Android) o una similar ad hoc para rellenar y enviar los Autorregistros a través de Aplicación móvil.

Para la evaluación se realiza una entrevista semiestructurada para el diagnóstico de trastornos emocionales en adolescentes, como puede ser ADIS-IV ó ADIS-V y se administran los siguientes cuestionarios validados:

- Inventario de Depresión (BDI-II) de Beck, 1996. Está indicado para jóvenes a partir de 13 años.
- Inventario de ansiedad estado-rasgo (STAI) de Spielberger, 2010. Está indicado para la evaluación de adolescentes y adultos.

Se evalúan los síntomas depresivos y de ansiedad antes y después del tratamiento, como recomienda Barlow en su protocolo unificado (2015).

En un primer momento se solicita la autorización de los padres para la intervención de los menores no emancipados, es preciso la firma del consentimiento informado de ambos progenitores o tutores legales. Para los mayores de edad o menores emancipados se solicita la firma del consentimiento informado del propio participante.

Se realiza una entrevista semiestructurada para recoger la información que facilitan los padres desde el momento inicial y la información del propio participante sobre su proceso depresivo. Esta entrevista se realizará a los padres y posteriormente al adolescente de forma individual, juntando a todos en las indicaciones finales y observando la interacción entre ambos.

Después de la administración de los cuestionarios indicados, se analizan los resultados para verificar la idoneidad de la incorporación a la intervención propuesta. Tras analizar los datos se informa a los participantes que cumplen los requisitos, de su incorporación a la terapia.

En la primera sesión grupal se realiza un encuadre de la terapia, informando de la confidencialidad de la información que cada participante aporte a las sesiones y el respeto necesario del resto de participantes con estas manifestaciones. Se describe la programación del tratamiento y los materiales necesarios. Se informa del funcionamiento de los grupos, la participación respetando el turno de palabra y la duración de las sesiones.

INTERVENCIÓN SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y DE ANSIEDAD EN ADOLESCENTES

Todas las semanas se solicita la realización de los autorregistros a través de la aplicación y se envían al terapeuta. Se toma la medida del estado de ánimo subjetivo semanal asiduamente.

En las sesiones se comienza preguntando por como ha ido la semana y se continúa introduciendo la psicoeducación, o los ejercicios correspondientes solicitando ejemplos de los participantes en el tema tratado. Se refuerza la participación de todos los participantes y se favorece la aportación de soluciones de unos a otros. Se establecen las tareas para casa tanto de autorregistros como los ejercicios de Mindfulness, etc.

Al finalizar la intervención se facilita al participante una encuesta en la que se solicitan variables demográficas: sexo, edad, formación y se proporciona una encuesta en formato de escala Likert, con puntuación de 0 a 5 y un campo de observaciones para sugerir cambios, con el objetivo de obtener información sobre la valoración de su experiencia en la terapia, aportando su percepción subjetiva del programa. Se pueden recoger ítems como: La utilidad del contenido, grado de satisfacción con los resultados obtenidos, expectativas previas y reducción de los síntomas. Se asignan puntuaciones del 1 (completamente en desacuerdo) al 5 (completamente de acuerdo). La puntuación total se obtiene sumando la puntuación de cada ítem.

Una valoración similar también se le solicita al psicólogo que ha llevado a cabo el programa de intervención. Es importante la información recogida tanto de pacientes como del terapeuta para adecuar el programa a las demandas de la población y de los profesionales que lo realizan.

Para la evaluación de la encuesta de satisfacción se realiza un análisis estadístico de las puntuaciones obtenidas, utilizando la prueba t para comparar medias con el grupo control.

Para la evaluación postratamiento se realiza la evaluación individual con los mismos inventarios administrados anteriormente y se analizan los resultados en comparación con los obtenidos en la aplicación anterior al tratamiento. Se realiza un análisis de los datos buscando si existe significación estadística que avale la eficacia de la intervención, comparando con un grupo control de TCC al uso y realizando un análisis estadístico ANOVA de 2 condiciones en 2 momentos.

La evaluación individual durante el seguimiento se lleva a cabo a los 3 meses, 6 meses y 1 año, para comprobar el mantenimiento, o no, de las mejoras obtenidas tras la finalización de la intervención.

La evaluación de la propuesta de intervención se realiza con los resultados obtenidos en los cuestionarios aplicados, analizando si existen diferencias significativas entre la puntuación pre-test y post-test.

Además, se realiza una valoración cualitativa de los síntomas observados por parte del terapeuta, para ampliar la información con su percepción subjetiva.

7. Conclusiones

El objetivo del presente trabajo era desarrollar una propuesta de intervención integradora para el tratamiento de los síntomas depresivos y ansiógenos en adolescentes.

Esta propuesta cuenta como fortalezas el tratar los factores de riesgo más importantes en los síntomas depresivos y ansiosos como son el perfeccionismo, la rumiación, las ideas irracionales, las distorsiones cognitivas, déficit de actividades agradables, los sesgos emocionales y atencionales, la desregulación emocional, estrategias no adecuadas en la solución de problemas, déficit de habilidades sociales, la evitación experiencial y la falta de claridad en las metas y valores personales. La perspectiva de distintas orientaciones permite un abordaje holístico del trastorno tanto desde un enfoque cognitivo, conductual como emocional.

Al tratar los factores más destacados en el origen y mantenimiento de la depresión se prevé la mejora de los síntomas al finalizar el tratamiento y el mantenimiento de esa mejora durante el seguimiento.

El uso de las aplicaciones móviles para realizar los autorregistros puede favorecer la realización de tareas para casa y la recopilación de información útil para la terapia. En esta población con acceso habitual a dispositivos electrónicos y acostumbrada al formato digital, el acceso al autorregistro desde el teléfono móvil en cualquier lugar facilitaría la realización de estos ejercicios (Sánchez-Teruel y Robles-Bello, 2016)

Además, una aplicación de teléfono móvil fácil de acceder y sencilla puede favorecer que se completen los autorregistros y permitir un seguimiento más eficaz, favoreciendo la adherencia al tratamiento (Aguilar-Martínez, Tort, Medina y Saigí-Rubió, 2015).

INTERVENCIÓN SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y DE ANSIEDAD EN ADOLESCENTES

Esta propuesta se ha basado en incorporar los avances en el tratamiento de la depresión a un programa breve, de administración grupal. Una de las ventajas de este formato es la reducción de los costes, además de por la brevedad de la terapia, por la economización de la terapia grupal respecto a la terapia individual. También se favorece la puesta en práctica de habilidades sociales y la cohesión grupal tan importante en esta etapa del desarrollo y que se ha identificado como factor de protección.

La novedad de esta intervención radica en el abordaje de los síntomas depresivos y ansiógenos de manera conjunta, teniendo en cuenta la importancia de la regulación emocional que no se incluye en otros programas de intervención y ha demostrado ser un componente fundamental en el origen y mantenimiento del trastorno, así como en la comorbilidad con otros trastornos (Barlow, 2015) o con conductas de riesgo y adicciones (Gutiérrez y cols, 2014).

Al ser un programa breve en el tiempo tiene la ventaja de que se produzcan previsiblemente menos bajas que en un programa más continuado, además de la efectividad en relación con el coste/beneficio de un programa corto y grupal.

Como desventaja del programa, también se contempla la brevedad en cuanto a lograr los objetivos programados, bastante amplios para un corto espacio de tiempo. Para solventar este inconveniente se realizará una evaluación posterior del programa de tratamiento y su eficacia en función del desarrollo del contenido propuesto. También se analizará si los resultados del tratamiento se deben a la intervención diseñada o a otros factores subyacentes de la terapia, comparando con grupos de tratamiento equivalentes en investigaciones posteriores.

Otra posible debilidad de la terapia es no contemplar la intervención de los familiares de los participantes para guiar el proceso de cambio desde una perspectiva sistémica con pautas educativas, contratos conductuales, etc. Estudios previos han encontrado mejores resultados en la opción que incluía el tratamiento de los padres en un grupo diferenciado (Lewinsohn y cols, 1990). Sin embargo, estos resultados no difieren de manera estadísticamente significativa con respecto a otras opciones de tratamiento. Se sugiere, como mejora previsible de los resultados, incluir un grupo con los progenitores, como variante de la intervención en estudios de resultado del programa posteriores.

8. Referencias Bibliográficas

- Aguilar-Martínez, A., Tort, E., Medina, F. X. y Saigí-Rubió, F. (2015). Posibilidades de las aplicaciones móviles para el abordaje de la obesidad según los profesionales. *Gaceta Sanitaria*, 29(6), 419-424.
- Álvarez, M. P. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé: Revista de psicología y psicopedagogía*, 5(2), 159-172.
- Álvarez, M. P. y Montes, J. M. G. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 13(3), 493-510.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-5* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B. y Ehrenreich-May, J. (2015). *Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales*. Madrid: Alianza Editorial.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Brouwer.
- Beck, AT, Steer, RA y Brown, GK (1996). *Beck depresión inventario-II*. San Antonio, 78 (2), 490-498.
- Belloch, A. (2012). Propuestas para un enfoque transdiagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento: evidencia, utilidad y limitaciones. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* Vol. 17, N.º 3, pp. 295-311.
- Cardila, F., Martínez, Á. M., Martín, A. B. B., del Carmen Pérez-Fuentes, M., Jurado, M. D. M. M., y Linares, J. J. G. (2015). Prevalencia de la depresión en España: Análisis de los últimos 15 años. *EJIHPE: European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 5(2), 267-279.
- Collard, P. (2014). *El pequeño libro del mindfulness: 10 minutos al día para reencontrarse con la vida*. Gaia Ediciones.
- Craske, MG (2012). Tratamiento transdiagnóstico de ansiedad y depresión. *Depresión y ansiedad*, 29 (9), 749-753.
- de Rivera, J. G. (1982). Del entrenamiento autógeno de Schultz a la psicoterapia autógena de Luthe (I). *Psiquis*, 3(1), 16-21.

INTERVENCIÓN SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y DE ANSIEDAD EN ADOLESCENTES

- Ellis, A., Grieger, R. y Marañón, A. S. (1990). *Manual de terapia racional-emotiva* (Vol. 2). Barcelona, España: Desclée de Brouwer.
- Fernández, M. A., Arias, R. M. y Sutil, C. R. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema*, 12(4), 525-532.
- Ferrer, L., Martin-Vivar, M., Pineda, D., Sandín, B. y Piqueras, J. A. (2018). Relación de la Ansiedad y la Depresión en Adolescentes con Dos Mecanismos Transdiagnósticos: El Perfeccionismo y La Rumiación. *Behavioral Psychology/ Psicología Conductual*, 26(1).
- Fernández Liria, A., Rodríguez Vega, B., Diéguez Porres, M., González Suárez, N. y Morales Hevia, N. (1997). La terapia interpersonal de la depresión y las psicoterapias en el fin del milenio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 17(64), 627-648.
- García-Madruga, J. A. y Deval, J. (2019). *Psicología del desarrollo I*. 345-372. Madrid: UNED.
- Guerrero, M. N. V. y Maldonado, G. M. R. (2009). *Ansiedad social: manual práctico para superar el miedo*. Ediciones Pirámide.
- Gutiérrez, A. E., Fernández, D. H., Gonzalvo, I. S y Bilbao, P. J. (2014). El papel mediador de la regulación emocional entre el juego patológico, uso abusivo de Internet y videojuegos y la sintomatología disfuncional en jóvenes y adolescentes. *Adicciones*, 26(4), 282-290.
- Grupo de trabajo de la actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia. *Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia. Actualización*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Unidad de Asesoramiento Científico-técnico (Avalia-t); 2018. Guías de Práctica Clínica en el SNS.
- Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., ... y Alonso, J. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina clínica*, 126(12), 445-451.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M. y Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(6), 1152.

INTERVENCIÓN SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y DE ANSIEDAD EN ADOLESCENTES

- Hayes, S. C. (2016). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies—republished article. *Behavior therapy*, 47(6), 869-885.
- Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J., y Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Langer, Á. I., Schmidt, C., Aguilar-Parra, J. M., Cid, C. y Magni, A. (2017). Mindfulness y promoción de la salud mental en adolescentes: efectos de una intervención en el contexto educativo. *Revista médica de Chile*, 145(4), 476-482
- Lewinsohn, P. M., Hoberman, H., Teri, L. y Hautzinger, M. (1985). An integrative theory of depression. *Theoretical issues in behavior therapy*, 331359.
- Lewinsohn, P. M., Clarke, G. N., Hops, H. y Andrews, J. (1990). Cognitive-behavioral treatment for depressed adolescents. *Behavior Therapy*, 21(4), 385-401.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford.
- Luciano, M. C. y Wilson, K. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso*. Madrid: Pirámide.
- Luciano, M. C. y Valdivia, M. S (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del psicólogo*, 27(2), 79-91.
- Muñoz, L.F. y Jaramillo, L. E. (2015). DSM-5: ¿Cambios significativos?. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(125), 111-121.
- Manyari, M. V., Salinas, I. M., Andrade-González, N. y Lahera, G. (2017). Tratamiento farmacológico de la depresión: comparación entre las principales Guías de Práctica Clínica. *RIECS: Revista de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud*, 2(1), 72-84.
- NICE (2019). *Depression in children and young people: identification and management*. Clinical Guideline 134. London: National Institute for Health and Clinical Excellence. Available at www.nice.org.uk
- Nezu, A. M., Nezu, C. M. y D'Zurilla, T. J. (2014). *Terapia de solución de problemas: manual de tratamiento*. Desclée de Brouwer.
- Núñez, C. y Valcárcel, R. R. (2013). *Emocionario*. Madrid: Palabras Aladas SL.

INTERVENCIÓN SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y DE ANSIEDAD EN ADOLESCENTES

- Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS). (2017). *Depresión: hablemos*. Ginebra/Washington: OMS/OPS.
- Pavlov, I. P. y Watson, J. (2004). *Condicionamiento clásico*. Retrieved October.
- Rhem, L. (1984). Terapia de autocontrol para la depresión. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 3, 79-96.
- Ribero-Marulanda, S. y Gutiérrez, R. M. V. (2013). Análisis bibliométrico sobre el concepto de regulación emocional desde la aproximación cognitivo-conductual: Una mirada desde las fuentes y los autores más representativos. *Psicología desde el Caribe*, 30(3), 495-525.
- Roark, AE y Sarah, HS (1989). Factores relacionados con la cohesión grupal. *Comportamiento en grupos pequeños*, 20 (1), 62-69.
- Rojí, B. y Cabestrero, R. (2004). *Entrevista y sugerencias indirectas: entrenamiento comunicativo para jóvenes psicoterapeutas*. Madrid: UNED.
- Sánchez-Teruel, D. y Robles-Bello, M. A. (2016). Riesgos y potencialidades de la era digital para la infancia y la adolescencia. *Educación y Humanismo*, 18(31), 186-204.
- Spielberger, C. D. (2010). *State-Trait anxiety inventory (STAI)*. The Corsini encyclopedia of psychology, 1-1.
- Vallejo, M. A. (1998). *Manual de terapia de conducta*. Madrid: Dykinson. pp 497-562
- Wittchen, H. U., Nelson, C. B. y Lachner, G. (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological medicine*, 28(1), 109-126.
- Zhou, X., Hetrick, S. E., Cuijpers, P., Qin, B., Barth, J., Whittington, C. J., ... y Zhang, Y. (2017). Eficacia comparativa y aceptabilidad de psicoterapias para la depresión en niños y adolescentes: una revisión sistemática y metaanálisis en red. *RET: revista de toxicomanías*, (80), 22-34.

9. Anexos

Tabla 1

Ejemplo de autorregistro de App móvil

Estado de ánimo (puntuación 1 a 10)
¿Qué estoy pensando?
¿Cómo me siento? (Listado de emociones cerrado “Emocionario”)
Describe la situación.

Tabla 2

Ejercicio de Balance decisional

	Pros/ Beneficios	Contras/ Costes
Cambio		
No cambio		

Tabla 3

Registro de los tres componentes de las emociones desde la perspectiva transdiagnóstica.

Componentes de las emociones
Pensamientos (lo que pienso)
Sensación física/ sentimientos (que siento)
Conducta (lo que hago)

INTERVENCIÓN SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y DE ANSIEDAD EN ADOLESCENTES

Tabla 4

Registro del análisis contextual de emociones y Conductas Impulsadas por la Emoción (CIE). Antecedentes-Respuestas-Consecuencias (ARC) de las emociones.

Fecha	Situación	Pensamientos	Sentimientos	Conductas	¿Qué ocurrió después?

Distorsiones cognitivas de Aaron Beck (1983)

1. Pensamiento dicotómico.
2. Sobregeneralización
3. Abstracción Selectiva
4. Descalificación de las experiencias positivas
5. Inferencia arbitraria: adivinación del pensamiento y del futuro.
6. Magnificación o minimización
7. Racionamiento emocional
8. Deberías
9. Etiquetación
10. Personalización.

Ideas irracionales de Albert Ellis (1990)

1. Tener la necesidad extrema de ser amado y aprobado por todas las personas significativas de su comunidad.
2. Para considerarme valioso se debe ser muy competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa en todos los aspectos.
3. Hay gente vil y malvada que debe ser severamente castigada por su maldad.
4. Es tremendo y catastrófico que las cosas no vayan por el camino que a uno le gustaría que fuesen.

INTERVENCIÓN SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y DE ANSIEDAD EN ADOLESCENTES

5. La desgracia humana se origina por causas externas y las personas tienen muy poca capacidad de controlar sus perturbaciones.
6. Si algo puede ser peligroso debe sentirse terriblemente inquieto por ello y deberá pensar constantemente en la posibilidad de que ocurra.
7. Es más fácil evitar que afrontar ciertas responsabilidades y dificultades en la vida.
8. Se debe depender de los demás y se necesita a alguien más fuerte en quién poder confiar.
9. La historia pasada es un determinante decisivo de la conducta actual y algo que ocurrió una vez y le conmocionó debe seguir afectándole indefinidamente.
10. Uno debería sentirse muy preocupado siempre por los problemas y perturbaciones de los demás.
11. Existe una solución perfecta, correcta y precisa para los problemas humanos y si esta solución perfecta no se encuentra puede surgir un desastre.

Metáfora del Escalador (Luciano y Wilson, 2002)

Es como si nosotros dos fuéramos escaladores, cada uno en su propia montaña, separados por un gran valle. Yo puedo ser capaz de ver una vía por la que subir su montaña, no porque la haya escalado antes, ni porque yo esté en la cima gritándole a usted por donde tiene que subir, sino porque estoy situado en un punto desde el que puedo ver cosas que no pueden verse desde donde está usted. Esta es su terapia, pero, ¿y si fuera la mía?...yo tengo mi propia montaña que subir, y entonces usted podría decirme algo sobre la senda por la que estoy subiendo. Mi ventaja aquí no consiste en que yo sea más grande, mejor o más fuerte que usted. Es simplemente la ventaja de la perspectiva. Por otro lado, hay cosas respecto a su montaña que yo no puedo saber, cosas respecto a las cuales, tendré que confiar en lo que usted me diga. Por ejemplo, si la montaña que usted está tratando de escalar es la montaña “correcta” o no, es sólo una cuestión de valores. Únicamente usted puede responder a eso. Asimismo, aunque yo sea capaz de aconsejarle acerca de la senda que veo, no puedo subir la montaña por usted. En realidad, es usted quién tiene la tarea más difícil.

Metáfora del Jardinero (Luciano y Wilson, 2002)

Suponga que usted es un jardinero que ama su jardín, que le gusta cuidar de sus plantas, y que nadie más que usted tiene la responsabilidad sobre el cuidado de sus plantas. Suponga que las plantas son como las cosas que usted quiere en su vida... así, ¿Cuáles son las plantas de su jardín? ¿Cómo ve las plantas como un jardinero? ¿Tienen flores, huelen bien, están frondosas? ¿Está cuidando las plantas que más quiere como usted las quiere cuidar?... Claro que no siempre dan las flores en el lugar que usted quiere, en el momento que lo desee; a veces se marchitan a pesar del cuidado; la cuestión es cómo ve que las está cuidando, ¿qué se interpone en su camino con las plantas, en su quehacer para con ellas? Quizás esté gastando su vida en una planta del jardín. Ya sabe que en los jardines crecen malas hierbas. Imagine un jardinero que las corta tan pronto las ve, pero las malas hierbas vuelven a aparecer nuevamente el jardinero se afana en cortarlas y así, ¿es ésta su experiencia con su problema? Surge... (el problema del cliente, dígame la ansiedad o sus recuerdos o pensamientos que le hacen sentir mal) y..., abandona el cuidado del jardín para ocuparse de ese problema. No obstante, las malas hierbas, a veces, favorecen el crecimiento de otras plantas, bien porque den espacio para que otras crezcan, bien porque hagan surcos. Puede que esa planta tenga algún valor para que las otras crezcan. A veces, las plantas tienen partes que no gustan pero que sirven, como ocurre con el rosal que para dar rosas ha de tener espinas. ¿Qué le sugiere? ¿Puede ver sus plantas y las áreas de su jardín donde aún no hay semillas? Algunas estarán mustias y otras frondosas. Hábleme de sus plantas y de si las cuida como usted quiere cuidarlas. Dígame si está satisfecho con el cuidado que da a sus plantas, si las cuida de acuerdo con lo que valora en su vida (el cliente comenta al respecto).

El trabajo que aquí haremos es como plantar una nueva semilla que tendremos que hacer crecer con el trabajo que los dos hagamos. Esta nueva planta la alimentaremos hasta que usted tenga habilidad cuidando las demás plantas, las cosas importantes de su vida como usted quiera cuidarlas. Hay otra cosa importante: cualquier jardinero sabe que el crecimiento de sus plantas no depende de su estado de ánimo, sino que cada planta requiere un cuidado sistemático y apropiado y, a pesar de ello, nadie puede garantizar el resultado completo con cada planta... Quizá al jardinero le gustase que el cuidado de una planta diese a luz una planta con un número de flores blancas de un tamaño preciso, en un tiempo concreto. Pero el jardinero sabe muy bien que la planta puede ofrecer otras flores distintas, en menor número y desprendiendo un olor menos agradable que el deseado, o quizá más. No es algo que el jardinero pueda controlar. La cuestión es si a pesar de ello valora el cuidado de esas plantas. Es más,

INTERVENCIÓN SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y DE ANSIEDAD EN ADOLESCENTES

las cosas, personas..., que queremos en nuestra vida se parecen a las plantas del jardín. A veces el jardinero quizá se impacienta si la planta tarda en crecer o lo que crecen inicialmente no le gusta. Si el jardinero arranca de “cuajo” lo plantado y pone otra semilla, nunca verá crecer la planta, y su vida girará sólo en poner semillas sin llegar a vivir cada momento del crecimiento. Otra opción es seguir cuidando las plantas, con lo que ofrezcan cada momento.

Es importante que sepamos, los dos, que yo nunca podré plantar semillas en su jardín, ni decirle que semillas plantar, y cómo crecerán mejor; que nunca podré cuidar de sus plantas. Sólo usted podrá hacerlo. Y ahora, le pregunto si, por un minuto, ¿podría dejar de centrarse en la planta que le molesta, la que le ha traído aquí? ¿Estaría dispuesto aun con cualquier pensamiento sobre esa planta que no quiere a hablar de las otras plantas de su jardín, de cómo están, e incluso estaría dispuesto a hacer algo con ellas, a cuidarlas incluso sin ganas?... Dígame, ¿qué hay entre usted y el cuidado de sus plantas? ¿Qué le impide cuidarlas ya?

Metáfora Apostar entre dos caballos (Luciano y Wilson, 2002)

No querer establecer compromiso por miedo al fracaso, por ejemplo, es como apostar en una carrera de caballos en la que puede elegir únicamente entre dos caballos, sólo que uno de ellos está muerto y el otro vivo. Hacer un compromiso es apostar por el caballo vivo: puede que gane o puede que no gane. No hacer un compromiso es como apostar por el caballo muerto.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre y Apellidos del participante:

Nombre y Apellidos de la madre:

Nombre y Apellidos del padre:

Con el presente documento, acepto participar en la Intervención para el Tratamiento de los Síntomas Depresivos en Adolescentes y he sido informado/a de los siguientes aspectos:

- El objetivo de la intervención es reducir el malestar producido por los síntomas depresivos y ansiosos, adquiriendo mayor conocimiento de los procesos internos y aumentando la regulación emocional.

- Los psicólogos intervinientes son:

Contacto:

- Se espera que los resultados contribuyan a mejorar los recursos personales de afrontamiento del menor y que no suponen ningún riesgo, ni implicación personal.

- Puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento del estudio, sin que suponga ningún tipo de perjuicio o discriminación.

- Puedo solicitar que se nos comuniquen los resultados obtenidos una vez finalizada la intervención.

- He sido informado/a de que mis datos personales serán tratados conforme a los términos establecidos en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, pudiendo ejecutar en cualquier momento los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición, poniéndose en contacto con María del Carmen González García en la siguiente dirección de correo electrónico: mcgonzalez.madrid@gmail.com

Fdo. Nombre y apellidos

Del participante

Fecha

Fdo. Nombre y apellidos

De la madre

Fecha

Fdo. Nombre y apellidos

Del padre

Fecha

BDI-II

NOMBRE FECHA

EDAD SEXO ESTADO CIVIL

PROFESION ESTUDIOS

INSTRUCCIONES: Este cuestionario consiste en 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos y, a continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el modo en el que se ha sentido **DURANTE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY**. Rodee con un círculo el número que se encuentre escrito a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro del mismo grupo, hay más de una afirmación que considere igualmente aplicable a su caso, señálela también. **Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.**

<p>1. Tristeza</p> <p>0. No me siento triste habitualmente</p> <p>1. Me siento triste gran parte del tiempo</p> <p>2. Me siento tris te continuamente</p> <p>3. Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo</p>	<p>5. Sentimientos de culpa</p> <p>0. No me siento especialmente culpable</p> <p>1. Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho</p> <p>2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo</p> <p>3. Me siento culpable constantemente</p>
<p>2. Pesimismo</p> <p>0. No estoy desanimado sobre mi futuro</p> <p>1. Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes</p> <p>2. No espero que las cosas mejoren</p> <p>3. Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas sólo empeorarán</p>	<p>6. Sentimientos de castigo</p> <p>0. Siento lo mismo que antes sobre mí mismo</p> <p>1. Siento que puedo ser castigado</p> <p>2. Espero ser castigado</p> <p>3. Siento que estoy siendo castigado</p>
<p>3. Sentimientos de fracaso</p> <p>0. No me siento fracasado</p> <p>1. He fracasado más de lo que debería</p> <p>2. Cuando miro atrás, veo fracaso tras fracaso</p> <p>3. Me siento una persona totalmente fracasada</p>	<p>7. Insatisfacción con uno mismo</p> <p>0. Siento lo mismo que antes sobre mí mismo</p> <p>1. He perdido confianza en mí mismo</p> <p>2. Estoy decepcionado conmigo mismo</p> <p>3. No me gusto</p>
<p>4. Pérdida de placer</p> <p>0. Disfruto de las cosas que me gustan tanto como antes</p> <p>1. No disfruto de las cosas tanto como antes</p> <p>2. Obtengo muy poco placer de las cosas que he hecho o debería haber hecho</p> <p>3. No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba</p>	<p>8. Auto-críticas</p> <p>0. no me critico o me culpo más que antes</p> <p>1. Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser</p> <p>2. Critico todos mis defectos</p> <p>3. Me culpo por todo lo malo que sucede</p>

----- Puntuación Página 1
Continúa en la página siguiente

Copyright por Aaron Beck y The Psychological Corporation. Adaptación española: J. Sanz, M.E. Navarro y C. Vázquez. Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.

INTERVENCIÓN SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y DE ANSIEDAD EN ADOLESCENTES

<p>9. Pensamientos o deseos de suicidio</p> <p>0. No tengo ningún pensamiento de suicidio. 1. Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo. 2. Me gustaría suicidarme. 3. Me suicidaría si tuviera la oportunidad</p>	<p>16. Cambios en el patrón de sueño</p> <p>0. No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño 1a. Duermo algo más de lo habitual 1b. Duermo algo menos de lo habitual 2a. Duermo mucho más de lo habitual 2b. Duermo mucho menos de lo habitual 3a. Duermo la mayor parte del día 3b. Me despierto 1 ó 2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.</p>
<p>10. Llanto</p> <p>0. No lloro más de lo que solía hacerlo 1. Lloro más de lo que solía hacerlo 2. lloro por cualquier cosa 3. Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo</p>	<p>17. Irritabilidad</p> <p>0. No estoy más irritable de lo habitual 1. Estoy más irritable de lo habitual 2. Estoy mucho más irritable de lo habitual 3. Estoy irritable continuamente</p>
<p>11. Agitación</p> <p>0. No estoy más inquieto o agitado que de costumbre 1. Me siento más inquieto o agitado que de costumbre 2. Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar quieto 3. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo</p>	<p>18. Cambios en el Apetito</p> <p>0. No he experimentado ningún cambio en mi apetito 1a. Mi apetito es algo menor de lo habitual 1b. Mi apetito es algo mayor de lo habitual 2a. Mi apetito es mucho menor que antes 2b. Mi apetito es mucho mayor que antes 3a. He perdido completamente el apetito 3b. tengo ganas de comer continuamente</p>
<p>12. Pérdida de Interés</p> <p>0. No he perdido el interés por otras personas o actividades 1. estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades 2. He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas 3. Me resulta difícil interesarme en algo.</p>	<p>19. Dificultad de concentración</p> <p>0. Puedo concentrarme tan bien como siempre 1. No puedo concentrarme tan bien como habitualmente 2. Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo 3. No puedo concentrarme en nada</p>
<p>13. Indecisión</p> <p>0. Tomo decisiones más o menos como siempre 1. Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre 2. tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre 3. Tengo problemas para tomar cualquier decisión</p>	<p>20. Cansancio o Fatiga</p> <p>0. No estoy más cansado o fatigado que de costumbre 1. Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre 2. Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer 3. Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer</p>
<p>14. Inutilidad</p> <p>0. No me siento inútil 1. No me considero tan valioso y útil como solía ser 2. Me siento inútil en comparación con otras personas 3. Me siento completamente inútil</p>	<p>21. Pérdida de interés en el sexo</p> <p>0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo 1. Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar 2. Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora 3. He perdido completamente el interés por el sexo</p>
<p>15. Pérdida de energía</p> <p>0. Tengo tanta energía como siempre 1. Tengo menos energía de la que solía tener 2. No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas 3. No tengo suficiente energía para hacer nada</p>	<p>----- Puntuación Página 1 ----- Puntuación Página 2 ----- Puntuación Total (págs.. 1+2)</p>

N.º 124

STAI

A/E	PD = 30	+	-	=
A/R	PD = 21	+	-	=

AUTOEVALUACION A (E/R)

Apellidos y nombre Edad Sexo
 Centro Curso/Puesto Estado civil
 Otros datos Fecha

A-E

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se *SIENTE* Vd. *AHORA MISMO*, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado	0	1	2	3
2. Me siento seguro	0	1	2	3
3. Estoy tenso	0	1	2	3
4. Estoy contrariado	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6. Me siento alterado	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8. Me siento descansado	0	1	2	3
9. Me siento angustiado	0	1	2	3
10. Me siento confortable	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	3
13. Estoy desasosgado	0	1	2	3
14. Me siento muy «atado» (como oprimido)	0	1	2	3
15. Estoy relajado	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho	0	1	2	3
17. Estoy preocupado	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

Ahora, vuelva la hoja y lea las instrucciones antes de comenzar a contestar a las frases.



Copyright © 1982, by TEA Ediciones, S. A.: Madrid-16 • Publicado con permiso • Copyright original de C. D. Spielberger; © 1968, by Consulting Psychologists Press, Inc., Palo Alto, California (USA) • Edita: TEA Ediciones, S. A. Fray Bernardino de Sahagún, 24; Madrid-16 • Todos los derechos reservados • Prohibida la reproducción • Imprime: Aguirre Campano, Daganzo, 15 dpdo.; Madrid-2 • Depósito legal: M.-20.050-1982.

