



Trabajo Fin de Máster

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DYRSAD: DEPRESIÓN Y REDES SOCIALES EN CHICAS ADOLESCENTES

Presentado por: D^a Natalia Godarzi-Mehdikhani López

Tutor/a académico/a: D^a Virginia Martín Romera

Alcalá de Henares, Marzo de 2021

Índice

1. Resumen	3
2. Introducción.....	4
3. Objetivos e hipótesis	5
4. Marco teórico	5
4.1. Depresión.....	5
4.1.1. Epidemiología	6
4.1.2. Etiología	6
4.1.3. Comorbilidad	8
4.1.4. Factores de riesgo y de protección.....	9
4.1.5. Depresión en la adolescencia	11
4.1.6. Evaluación de la depresión en la adolescencia.....	11
4.2. Redes sociales.....	13
4.2.1. Factores de riesgo y factores de protección	14
4.3. Depresión y redes sociales	14
4.4. Programas de prevención de la depresión en adolescentes.....	16
5. Metodología de investigación.....	22
6. Propuesta de intervención.....	23
6.1. Presentación de la propuesta.....	23
6.2. Objetivos de la propuesta.....	24
6.3. Contexto	24
6.4. Metodología.....	25
6.4.1. Participantes.....	25
6.4.2. Instrumentos.....	25
6.4.3. Procedimiento	27
6.5. Actividades.....	28
6.6. Cronograma.....	38
6.7. Evaluación de la propuesta.....	39
7. Conclusiones	39
8. Referencias	42
9. Anexos.....	58

1. Resumen

Diversos estudios informan de la profunda vinculación entre la depresión y el uso de las redes sociales en chicas adolescentes. Debido a la vulnerabilidad de esta población a desarrollar depresión y a sufrir los riesgos ligados a las redes sociales, se crea el programa universal "DYRSAD": prevención de la depresión por el uso inadecuado de las redes sociales en chicas adolescentes. Para ello, se han revisado catorce programas de prevención de la depresión en adolescentes de los últimos cuatro años. Estos programas abordan principalmente las habilidades sociales, las creencias negativas y la regulación emocional. El programa "DYRSAD" añade además la autoestima y el uso adecuado de las redes sociales para abordar así los principales factores de protección.

Palabras clave: depresión, redes sociales, prevención, chicas y adolescencia.

Abstract

Several studies inform of the deep connection between depression and the use of social media among teenage girls. Due to this group's vulnerability to depression development and to suffer the risks that social media entail, the universal program "DYRSAD" is created: prevention of depression due to inadequate social media use among teenage girls. To achieve this, up to fourteen depression prevention programs for teenagers conducted in the last four years have been reviewed. These programs mainly work social skills, negative beliefs and emotional regulations. Besides these, the "DYRSAD" program adds self-esteem and the adequate usage of social media in order to tackle the main factors of protection.

Key words: depression, social media, prevention, girls and adolescence.

2. Introducción

La adolescencia es una etapa difícil de definir cronológicamente (Vázquez y Sanz, 2014). Pero la Organización Mundial de la Salud (OMS) la entiende como la etapa de los 10 a los 19 años de edad (OMS, 2020).

Durante este periodo, hay más vulnerabilidad a desarrollar problemas de salud mental (OMS, 2020). Esto se puede deber a los numerosos cambios que suceden en esta etapa (Vázquez y Sanz, 2014). Los trastornos emocionales, concretamente la ansiedad y la depresión, suelen surgir en este periodo, siendo la depresión la cuarta causa de enfermedad entre los 15 y 19 años (OMS, 2020), especialmente en chicas (Bermúdez, 2017; Gómez, 2007; Hankin, 2009). Además, en esta etapa, se suma el uso habitual de las redes sociales (IAB, 2020). Estos espacios son muy valorados por los adolescentes, pero también presentan numerosos riesgos, de los cuales muchos no son conscientes (Chóliz y Villanueva, 2011; Echeburúa y Requesens, 2012; Espinar y López, 2009; Krayner et al., 2008; Plaza, 2018).

Por lo tanto, debido a la vulnerabilidad de los adolescentes en el desarrollo de la depresión y los riesgos que conllevan las redes sociales en estos, es necesario diseñar e implementar programas de prevención efectivos, centrados concretamente en chicas adolescentes.

En los programas de prevención de la depresión accesibles de los últimos 4 años, se trabajan factores de protección como las habilidades sociales, las creencias negativas y la regulación emocional, pero de ellos, escasos trabajan la autoestima, y ninguno trata en su conjunto factores de protección de la depresión y el uso adecuado de redes sociales. Es por ello que se crea el programa "DYRSAD", el cual trabaja por un lado los factores de protección de la depresión en chicas adolescentes, como las habilidades sociales, las creencias negativas, la regulación emocional y la autoestima y también trata el uso adecuado de las redes sociales.

3. Objetivos e hipótesis

El objetivo general de este trabajo es prevenir la depresión que puede desencadenar el uso inadecuado de las redes sociales en chicas adolescentes.

Además, se plantean los siguientes objetivos específicos:

- Revisar los factores de riesgo y de protección del uso inadecuado de las redes sociales y del desarrollo de depresión en chicas adolescentes.
- Evaluar los diferentes métodos de evaluación de la depresión en chicas adolescentes.
- Analizar y comparar las características más relevantes, incluyendo puntos fuertes y débiles, de los programas de prevención de la depresión en chicas adolescentes, accesibles de los últimos 4 años.

Se plantea la hipótesis de que, a través del desarrollo de este programa, se pueda prevenir el desarrollo de la sintomatología depresiva y fomentar un uso adecuado de las redes sociales en chicas adolescentes.

4. Marco teórico

4.1. Depresión

En la sociedad actual, la depresión se tiende a ocultar o negar, ya que se vive como algo estigmatizante, tanto por los pacientes como por sus familiares (GPC, 2014).

La depresión es un trastorno del estado de ánimo formado por un conjunto de síntomas principalmente afectivos, acompañados de síntomas cognitivos y físicos (GPC, 2018). Este trastorno genera gran interferencia en la vida diaria de la persona, afectando también a su familia y amigos (Korman y Sarudiansky, 2011), lo cual provoca un gran sufrimiento, pudiendo acabar en suicidio (OMS, 2020).

El DSM-5 (APA, 2013) la define como un trastorno caracterizado por un estado de ánimo depresivo, trastornos del sueño como insomnio o hipersomnias, pérdida de interés por las actividades diarias, disminución o aumento de peso importante,

agitación o enlentecimiento psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o culpabilidad, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, pensamientos de muerte frecuentes e ideas e intentos de suicidio.

Estos síntomas difieren de una persona a otra, variando la gravedad y duración de estos (Korman y Sarudiansky, 2011).

A parte de las repercusiones que tiene este trastorno a nivel personal, cabe destacar la gran repercusión económica que tiene, debido a los numerosos gastos que conlleva (Vázquez, 2016).

4.1.1. Epidemiología

Según la OMS (2020), la depresión afecta a alrededor de 300 millones de personas en el mundo, siendo una de las principales causas de discapacidad.

La Encuesta Nacional de Salud (2017), realizada por el Ministerio de Sanidad afirma que el 6,7% de los adultos padece depresión. Y en relación a la diferencia entre sexos, existe una mayor prevalencia en el sexo femenino, 9,2% en mujeres y 4% en hombres (Bermúdez, 2017; Gómez, 2007; Hankin, 2009).

Concretamente en la adolescencia, la OMS (2020) afirma que la depresión es una de las principales causas de enfermedad y discapacidad a nivel mundial, siendo la cuarta causa entre los 15 y los 19 años y la decimoquinta causa entre los 10 y 14 años.

La mayoría de los estudios coinciden en que del 1% al 2% de los niños en edad prepuberal y el 5% de los adolescentes sufren de depresión clínicamente significativa en algún momento de su vida. Y se cree que entre un 5% y un 10% de los jóvenes padece depresión subclínica (Rey et al., 2017).

4.1.2. Etiología

La depresión es un trastorno multicausal (Veytia et al., 2012), causada por la interacción de factores sociales, psicológicos y biológicos (OMS, 2020). En la siguiente tabla se muestran algunas teorías explicativas de la depresión.

Tabla 1

Teorías explicativas de la depresión

Teorías biologicistas	Teorías psicológicas
Déficit de catecolaminas (Schildkraut, 1965).	Modelos conductuales:
Déficit funcional de las monoaminas, noradrenalina y serotonina (Guadarrama et al., 2006).	Falta de refuerzo positivo (Lewinsohn, 1975).
Problemas de sueño en adolescentes (Sivertsen et al., 2014).	Cambios ambientales repentinos, castigo o control aversivo y cambios en las contingencias de refuerzo (Ferster, 1966 citado en Lewinsohn, 1975).
Genética (Scourfield et al, 2003).	Pérdida de la eficacia de refuerzos positivos anteriormente eficaces (Costello, 1972).
Alteraciones en la estructura cerebral: Hipocampo, amígdala (Sheline et al., 1999) y lóbulo frontal reducidos y aumento del ventral central (Whittle et al., 2014).	Ansiedad prolongada en el tiempo y exageración y prolongación de la reacción normal a una pérdida (Wolpe, 1969 citado en Lewinsohn, 1975).
Alteraciones endocrinas: Altos niveles de cortisol (Herane-Vives et al., 2018).	Modelos cognitivos:
	Atribución de acontecimientos negativos a factores internos, estables y globales y la creencia de que las consecuencias son incontrolables (Abramson et al., 1978).
	Visión negativa y errónea de la realidad (Beck citado en Lewinsohn, 1975).
	Desde el modelo de autocontrol (Rehm, 1977):
	1. Fase autoobservación: sesgo atención (eventos negativos y consecuencias)
	2. Fase autoevaluación: atribuciones incorrectas de éxitos y fracasos.
	3. Fase autoadministración de consecuencias: poco refuerzo y frecuente castigo.
	Otras posibles causas (Guadarrama et al., 2006):

Experiencias adversas en la infancia.
Dificultades cotidianas y crónicas.
Eventos indeseables en la vida.
Red social limitada.
Baja autoestima.

4.1.3. Comorbilidad

En la práctica clínica, la depresión frecuentemente se presenta asociada a otros trastornos psicológicos, como trastornos disociales, trastornos por déficit de atención, trastornos de abuso de sustancias y trastornos de la conducta alimentaria (GPC, 2018). Pero sobre todo con trastornos de ansiedad (Aragonés et al., 2009; Bermúdez, 2017; Essau, 2002). Además se ha visto que la depresión se considera un factor de riesgo para desarrollar otros trastornos mentales (Steffen et al., 2020). Por otro lado, los pacientes con otros trastornos comórbidos, hacen que la depresión sea más grave, tenga una mayor interferencia en la vida, las ideas de suicidio sean más frecuentes (Aragonés et al., 2009) y exista un peor pronóstico en relación a la respuesta a los tratamientos (GPC, 2018).

En la adolescencia es más común la existencia de comorbilidades, siendo las más frecuentes la distimia, trastorno obsesivo-compulsivo, abuso de tóxicos, trastornos de conducta, fobia social, trastornos de ansiedad, trastorno de déficit de atención e hiperactividad, trastorno de estrés post traumático, trastorno de personalidad límite y trastorno de conducta alimentaria (GPC, 2018).

Con respecto a la comorbilidad entre la depresión y la ansiedad en la infancia y adolescencia, los resultados son semejantes a los mencionados anteriormente, desarrollándose a menudo juntas, siendo cada una un factor de riesgo de la otra (Garber y Weersing, 2010).

4.1.4. Factores de riesgo y de protección

La depresión tiene múltiples factores de riesgo que interactúan entre sí, pudiendo tener un efecto acumulativo. Algunos factores predisponen a su desarrollo y otros son desencadenantes o mantenedores (GPC, 2018).

También existen factores de protección, que disminuyen la probabilidad de desarrollarla ante un estresor (Hoyos et al., 2012).

En la siguiente tabla se mencionan los factores de riesgo para la depresión divididos en biológicos (GPC, 2018), psicológicos (Bermúdez, 2017; Borja-Delgado et al, 2019; Garaigordobil et al., 2017; GPC, 2018; Montt y Ulloa, 1996; Orth et al., 2008; Vázquez, 2016; Vöhringer et al., 2010), familiares (GPC, 2018; Veytia et al., 2012) y sociales (Garaigordobil et al., 2017; GPC, 2018; Vázquez, 2016).

Tabla 2

Factores de riesgo para la depresión

Factores de riesgo para la depresión	
Biológicos	Factores genéticos.
	Historia familiar de depresión o trastorno bipolar.
	La adolescencia.
	Sexo femenino.
	Padecer enfermedades médicas y discapacidades físicas o de aprendizaje.
Psicológicos	Otros trastornos psicológicos, como los trastornos de ansiedad, de conducta y el TDAH.
	Orientación sexual, como la homosexualidad.
	Temperamento.
	Afectividad negativa.
	Estilo cognitivo negativo.
	Déficit en habilidades sociales.
	Estilo atribucional pesimista.
	Baja autoestima.
Bajo nivel de optimismo.	
Baja tolerancia a las dificultades.	

Familiares	<p>Acontecimientos vitales estresantes.</p> <p>Conflictos en las relaciones familiares.</p> <p>Estilos educativos negativos.</p> <p>Maltrato o abuso en el contexto familiar.</p>
Sociales	<p>Problemas escolares.</p> <p>Dificultades en las relaciones con sus iguales.</p> <p>Acoso.</p> <p>Bajo apoyo social.</p> <p>Nivel escolar bajo.</p>

Por otro lado, en la siguiente tabla se mencionan los factores de protección para la depresión, divididos en ambientales (Restrepo, 2011) e individuales (Bermúdez, 2017; Garaigordobil et al., 2017; GPC, 2018; Montt y Ulloa, 1996; Orth et al., 2008; Raffaelli et al., 2013 citado en González et al., 2018; Restrepo et al., 2011; Rodríguez et al., 2015; Ruvalcaba et al., 2013; Vázquez, 2016).

Tabla 3

Factores de protección para la depresión

Factores de protección para la depresión			
	Ambientales		Individuales
Familia:	Escuela:	Comunidad:	- Autoestima.
- Relaciones familiares de confianza.	- Red de amigos.	- Buena comunicación.	- Competencias socioemocionales.
- Altas expectativas.	- Apoyo social fuera de la familia.	- Sistema externo de soporte.	- Apoyo social percibido.
- Apoyo social.	- Buena experiencia educativa.	- Conexión con organizaciones sociales.	- Estrategias de afrontamiento activas.
- Ventajas socioeconómicas.	- Buenos modelos de conducta.	- Compromiso en actividades religiosas.	- Habilidades de solución de problemas.
- Estilos de comunicación saludables.		- Conexión con otros adultos competentes.	- Autoeficacia y autonomía.
- Respeto por la autonomía y la individualidad.			- Empatía.
			- Sentido del humor.
			- Nivel escolar alto.
			- Habilidades sociales.

4.1.5. Depresión en la adolescencia

En la adolescencia se es más vulnerable a desarrollar problemas emocionales y de conducta (Molina y García, 2015), posiblemente debido a los abundantes cambios fisiológicos, físicos y psicológicos de este periodo (OMS, 2020).

A nivel conductual, suelen aparecer conductas negativistas, abuso de sustancias, inquietud, aislamiento, disminución de la capacidad para disfrutar, descuido del aseo personal y falta de colaboración con la familia. Por otro lado, a nivel afectivo suelen tener mayor irritabilidad, mal humor, agresividad, tristeza y anhedonia. Y a nivel cognitivo se caracteriza por autorreproches, disminución de la autoestima y del rendimiento académico, y pensamientos autolíticos e intentos de suicidio más frecuentes (Del Barrio, 2015 citado en Garaigordobil et al., 2017; GPC, 2018).

A nivel físico, los cambios corporales, aumentan la preocupación por el cuerpo, siendo la pubertad, la etapa en la que más insatisfacción muestran (Santrock, 2004). Esta preocupación es mayor en las chicas, provocando una mayor insatisfacción corporal y como resultado, una menor autoestima (Gatti et al., 2014). Esta relación entre baja autoestima y depresión se recoge en numerosos estudios (Bermúdez, 2017, Garaigordobil et al., 2017; Montt y Ulloa, 1996; Orth et al., 2008).

Toda esta sintomatología puede repercutir en un aumento del aislamiento y en el peor de los casos, conducir al suicidio (OMS, 2020). Además, la depresión en la adolescencia, afecta al desarrollo psicológico y aumenta el riesgo de desarrollar trastornos de la personalidad más adelante (Almeda y Quiroga, 2020).

4.1.6. Evaluación de la depresión en la adolescencia

La depresión en la infancia y la adolescencia puede ser más difícil de diagnosticar que en la edad adulta, ya que en estas edades se puede presentar con sintomatología no tan típica como aparece en los adultos, como por ejemplo, quejas somáticas y síntomas más conductuales (GPC, 2018).

Para el diagnóstico de la depresión, se tienen en cuenta los criterios de la CIE y el DSM (GPC, 2018). Pero también es de suma importancia la entrevista clínica con el paciente y sus padres o familiares más próximos (GPC, 2018).

Algunas de las entrevistas para depresión de niños y adolescentes son Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children Present and Lifetime Version (K-SADS-PL) (Kaufman et al., 1997 citado en GPC, 2018) adaptada por Ulloa (2006), Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC) (Costello et al., 1985 citado en GPC, 2018) adaptada por Bravo et al. (2001), Diagnostic Interview for Children and Adolescents – Revised (DICA-R) (Herjanic y Reich, 1982) adaptada por Ezpeleta et al. (1997) y Children's Depression Rating Scale, Revised (CDRS-R) (Poznanski et al., 1984 citado en GPC, 2018 y Mayes et al., 2010) adaptada por Ferrando (1998 citado en GPC, 2018). La K-SADS-PL es una entrevista semiestructurada, para edades entre 6 y 18 años y recoge información del niño o adolescente, padres, profesores... Por otro lado, la DISC, es estructurada, está dirigida a edades entre 6 y 17 años y puede ser realizada por personal no sanitario con un breve entrenamiento. Otra entrevista estructurada es la DICA-R, para edades entre 6 y 17 años, existiendo tres versiones para niños, adolescentes y padres. Por último, la CDRS-R es semiestructurada y evalúa el grado de gravedad de la depresión y está dirigida para edades entre 6 y 18 años.

Existen otros instrumentos para la evaluación de la depresión en adolescentes, como son los cuestionarios de autoinforme, siendo los más utilizados el Children's Depression Scale (CDS) (Lang y Tisher, 1986) adaptado por Seisdedos (2014 citado en GPC), el Beck Depression Inventory-2 (BDI-II) (Beck et al., 1996 citado en Sanz y García-Vera, 2013) adaptado por Sanz y García-Vera (2013), el Children's Depression Inventory (CDI) (Kovacs, 1992) adaptado por Frías et al., (1991) y la versión corta (CDI-S) por Del Barrio et al. (2002), Child Behavior Checklist (CBCL) (Achenbach, 1985 citado en GPC, 2018) adaptado por Rubio et al. (1990), Kutcher Adolescent Depression Scale (KADS) (Le Blanc et al., 2002), Center for Epidemiological Studies –

Depression Scale (CES-D) (Radloff, 1977 citado en GPC, 2018) adaptado por Soler (1997 citado en GPC, 2018) y Reynolds Adolescent Depression Scale (RADS) (Reynolds, 1987 citado en Reynolds, 2004) adaptado por Del Barrio (1996 citado en GPC, 2018).

Para más información sobre los anteriores cuestionarios, véase el Anexo 1.

4.2. Redes sociales

Las redes sociales son espacios virtuales en los que se puede interactuar con otras personas, permitiendo conocer a gente nueva, contactar con relaciones pasadas, conectarse con amigos... (Echeburúa y Requesens, 2012). Entre los adolescentes, son muy valoradas, ya que les brindan diversas ventajas, como interacciones que generan menor ansiedad que en la vida real, sin tener las exigencias que conlleva una amistad presencial (Turckle, 2011 citado en Del Barrio y Ruiz, 2014) o crear perfiles de acuerdo con su autoimagen deseada (Oberst et al., 2016).

Las redes sociales tienen numerosos beneficios, pero también tienen ciertos riesgos (Vanderhoven et al., 2014), sobre todo en los adolescentes (Underwood y Ehrenreich, 2017 citado en Lozano y Cortés, 2020).

Algunos de los riesgos de las redes sociales son favorecer el aislamiento social, al beneficiarse de una socialización virtual (Espinar y López, 2009), el ciberacoso, conflictos y mal entendidos entre amigos, deterioro de las relaciones sociales por la pérdida de habilidades sociales y disminución de la comunicación (Plaza, 2018), acceso a contenidos inapropiados, pérdida de intimidad (Echeburúa y Requesens, 2012), favorecer la comparación social afectando negativamente a la autoestima (Kramer et al., 2008) y generar dependencia y adicción (Chóliz y Villanueva, 2011). En la actualidad, las redes sociales están presentes en el día a día de la mayoría de las personas, más frecuentemente en la de los adolescentes (Lozano y Cortés, 2020), siendo las chicas, quienes hacen un mayor uso (51%) (IAB, 2020) y quienes mayor riesgo de dependencia tienen (Chóliz y Villanueva, 2011). Además

diversos estudios afirman de elevadas puntuaciones en el uso problemático de internet entre adolescentes, 14,8% (Piqueras et al., 2019).

Actualmente, como dice Díaz (2011), las redes sociales han dejado de ser un medio de diversión para pasar a convertirse en una obligación, ya que si no se está conectado, sobre todo los más jóvenes, se pierden gran parte de la vida social que sucede virtualmente.

4.2.1. Factores de riesgo y factores de protección

En la siguiente tabla se muestran los factores de riesgo (Caplan, 2002; Echeburúa, 2013; García et al., 2008; Moral y Fernández, 2019; Moral y Suárez, 2016; Puerta-Cortés y Carbonell, 2014; Rial et al., 2015; Yao y Zhong, 2014) y de protección (Echeburúa y Requesens, 2012; Estévez et al., 2014; Liu et al., 2013) en el uso de internet.

Tabla 6

Factores de riesgo y factores de protección en el uso inadecuado de internet

Factores de riesgo	Factores de protección
Baja autoestima.	Alta autoestima.
Impulsividad.	Habilidades sociales y de solución de problemas.
Sexo femenino.	Estrategias de regulación emocional.
Repetición curso.	Ocupación adecuada del ocio.
Déficit en habilidades sociales e introversión.	Buena relación familiar.
Aislamiento.	
Disforia e impulsividad.	
Adolescencia.	

4.3. Depresión y redes sociales

Las variables depresión y uso patológico de internet o redes sociales, están muy relacionadas, pero aún no existe consenso sobre cuál es la variable independiente y cuál la dependiente (Lozano y Cortés, 2020), ya que hay estudios que defienden que es la depresión la que puede generar el uso patológico de internet

(Kaess et al, 2014) y otros a la inversa (Chou y Edge, 2012 citado en Lozano y Cortés, 2020).

Otra variable relacionada tanto con la depresión como con el uso problemático de las redes sociales es la regulación emocional (Gracia et al., 2020). Muchos adolescentes perciben las redes sociales como un medio útil para gestionar sus emociones y para estar conectados con otras personas. El problema es que no solo mediante el uso de redes sociales se consiguen los factores de protección sociales necesarios para prevenir el desarrollo de sintomatología depresiva (Bickham et al., 2015).

En estas comunidades virtuales se puede apreciar lo que está de moda o cuál es el ideal de belleza a través de los likes, seguidores o comentarios que recibe un perfil, lo que puede mostrar a los usuarios una mayor aceptación social. Y teniendo la aceptación social un rol tan importante durante la adolescencia, el uso frecuente de redes sociales puede generarles una gran presión, ya que están en una etapa de integración de la imagen corporal y para los que la aceptación por el grupo de iguales es un elemento de suma importancia (Salazar, 2008), sobre todo en las chicas, siendo estas las que mayor insatisfacción muestran con su cuerpo (Gatti et al., 2014).

Por ejemplo, en el estudio de Ruido et al (2017) se puede ver cómo algunos de los adolescentes, especialmente las chicas, califican el hecho de no conectarse a las redes sociales en un día, como generador de ansiedad, de sentimientos de aislamiento y soledad e incluso algunos afirman que "se morirían" si no se pueden conectar. Lo que refleja la importancia que tienen estos espacios en los adolescentes.

4.4. Programas de prevención de la depresión en adolescentes

En la siguiente tabla se muestra un análisis de 14 programas de prevención de la depresión en adolescentes de los últimos cuatro años.

Tabla 7

Programas de prevención de la depresión en adolescentes

Autor (Año)	Nombre del programa	Objetivos	Instrumentos	Sesiones	Muestra	Resultados	Limitaciones
Almeda y Quiroga (2020)	"Camino a la libertad".	Disminuir síntomas ansioso-depresivos en adolescentes.	STAIC EDAK-6 PRUEBA PICTOGRÁFICA MI DISEÑO	7 sesiones semanales. 30 minutos.	N: 80. Edad: 13-15.	Post intervención: aumento en la autoimagen y efectos bajos en depresión. Seguimiento: no.	Grupalmente se consiguieron los objetivos pero individualmente hubo algunos casos que no.
Fernández, Espada y Orgiles (2019)	"Super skills for life" (adaptado a alumnos españoles).	Disminuir ansiedad y depresión. Protocolo transdiagnóstico.	SDQ-P SDQ CDI SCARED CALIS-C	8 sesiones semanales. Tiempo total: 8 semanas.	N: 119. Edad: 8-12.	Post intervención: disminución de ansiedad y depresión a corto y largo plazo. Y mejora de la competencia social. Seguimiento: mayores efectos a largo plazo.	No disponible.

Programa de prevención DYRSAD: depresión y redes sociales en chicas adolescentes

Garaigordobil, Bernaras y Jaureguiza (2019)	"Pozik-Bizi".	Mejorar las emociones y síntomas depresivos. Enfoque cognitivo conductual.	CDS- Autoevaluación CDS-T BASC-S2 SPECI CAG RSCA SSIS	18 sesiones.	N total: 279. N exp: 218. N cont: 61. Edad: 8-10.	Post intervención: disminución de síntomas emocionales y problemas de conducta. Y aumento de ajuste personal. Seguimiento 6 meses: Sí, resultados no disponibles.	Bajo efecto. No seguimiento de los controles.
Brunwasser, Freres y Gillham (2018)	"Penn Resiliency Program".	Prevenir sintomatología depresiva.	CDI CASQ	12 sesiones semanales. 90 minutos.	N total: 697. N PRP: 232. N PLA: 231. N CON: 234. Edad: 11-13.	Post intervención: aumento del estilo explicativo optimista y disminución de la sintomatología depresiva. Seguimiento 6 meses: no disponible. Seguimiento 12 meses: mejora en el estilo explicativo. Seguimiento 18 meses: disminución de la sintomatología depresiva.	Muestra no representante de la población. Datos perdidos (evaluaciones en tiempo libre, alumnos ausentes).

Programa de prevención DYRSAD: depresión y redes sociales en chicas adolescentes

Sánchez et al. (2019)	"Smile program".	Prevenir síntomas depresivos y promover el bienestar psicológico.	CDI AF-5 WEMWBS SDQ	11 sesiones semanales. Tiempo total: 11 semanas.	N: 89. N exp: 51. N cont: 38. Edad media: 13 años.	Post intervención: disminución de sintomatología depresiva. Seguimiento 4 meses: mayor bienestar psicológico. Seguimiento 8 y 12 meses: no disminución significativa de la sintomatología depresiva.	Poca participación. Muestra pequeña.
Amaral et al. (2020)	Sin título.	Prevenir el suicidio y sintomatología depresiva.	Cuestionario de caracterización sociodemográfica SSI BDI BHS	15 sesiones, 3 veces a la semana. 50 minutos. Tiempo total: 3 meses.	N: 102. Edad: 13-17.	Post intervención: disminución significativa de síntomas depresivos, desesperanza e ideación suicida.	Cuasi-experimento, no controlan variables externas.
Rasing et al. (2018)	"Een Sprong Vooruit (A Leap Forward)".	Prevenir depresión y ansiedad en chicas con familias de riesgo.	CDI-2 SCAS BSI SCL-90	6 sesiones. 90 minutos.	N. total: 142. N. interv: 69. N. cont: 73. Edad: 11-14.	Post intervención: no diferencias significativas en sintomatología depresiva y ansiosa. Seguimiento 6 meses: si, no disponibles resultados.	Práctica de varias técnicas en un periodo de tiempo reducido y en grupos demasiado grandes, dificultando el entrenamiento en ellas. El 60% de participantes solo tenían depresión

						Seguimiento 12 meses: disminución poco significativa de sintomatología depresiva.	o ansiedad y las técnicas iban dirigidas a ambas sintomatologías, pudiendo generar rechazo al no cubrir sus necesidades.
Garmy et al. (2019)	"DISA program" .	Prevenir depresión.	CES-D EQ VAS	1 sesión semanal. 90 minutos. Tiempo total: 10 semanas.	N. total: 1129. N.interv: 558. N.cont: 571. Edad: 13-15.	Post intervención y seguimiento 3 meses: no disponibles resultados. Seguimiento 12 meses: disminución de la sintomatología depresiva, sobre todo en chicas.	Aplicado en colegios que ya trabajaban aspectos sociales y emocionales. El grupo de intervención estaba formado por más chicas.
Beaudry et al. (2019)	"The Adolescent Depression Awareness Program".	Aumentar conocimiento sobre la depresión y conductas de búsqueda de ayuda.	ADKQ CASA	Tiempo total: 6 semanas.	N: 481. Edad: no disponible.	Post intervención: no disponible. Seguimiento 4 meses: aumenta el conocimiento sobre depresión y las conductas de búsqueda de ayuda.	Participantes no representantes de la población general.
Benas et al. (2019)	"Interpersonal Psychotherapy –Adolescent Skills Training".	Prevenir depresión.	CES-D K-SADS-PL ASEBA scales YSR CBCL	1 sesión individual previa a la intervención y otra sesión entre medias de la intervención.	N. total: 186. N. IPT-AST: 95. N.GC: 91. Edad media: 14.	Post intervención: disminución de sintomatología depresiva y ansiosa.	Los de GC siguieron teniendo intervención por parte del colegio y los de IPT-AST no.

Programa de prevención DYRSAD: depresión y redes sociales en chicas adolescentes

				8 sesiones grupales.		Seguimiento 6 meses: no efectos significativos sobre la depresión.	Cada GC utilizó un material diferente. No utilizan un grupo control sin intervención.
Gladstone et al. (2020)	"Competent Adulthood Transition with Cognitive-behavioral, Humanistic, and Interpersonal Training".	Prevenir sintomatología depresiva y ansiosa.	CES-D K-SADS SCARED DBD SAS-SR BHS CRPBI TPB ALEQ PRPC The Trans-Theoretical Model Scale	14 módulos online. 3 entrevistas motivacionales. 4 módulos online para padres.	N total: 369. N. CATCH-IT: 193. N. HE: 176. Edad: 13-18.	Resultados no disponibles en la post intervención ni en los seguimientos de 2, 6, 12 y 18 meses. Seguimiento 24 meses: ambas intervenciones redujeron los síntomas depresivos. Pero solo CATCH-IT redujo síntomas de ansiedad.	No tan eficaz para adolescentes con Trastorno del déficit de atención e hiperactividad. Se perdieron participantes en el seguimiento de 24 meses. Posible influencia de variables externas.
Volanen et al. (2020)	Mindfulness-Based Intervention program "Stop and Breath/Be".	Aumentar la conciencia y regulación emocional y mejorar la atención sostenida.	RS14 RBDI SDQ	Tiempo total: 9 semanas. 45 minutos.	N. total: 3519. N. interv: 1646. N.C. activo: 1488. N.C. inactivo: 385. Edad: 12-15.	Post intervención: mejoras en resiliencia. Seguimiento 6 meses: disminución síntomas depresivos en chicas.	El grupo control inactivo era más pequeño que los otros grupos. En el seguimiento hubo pérdidas de participantes.

Programa de prevención DYRSAD: depresión y redes sociales en chicas adolescentes

Martinsen et al. (2019)	"EMOTION Coping Kids Managing Anxiety and Depression program".	Prevenir síntomas de ansiedad y depresión.	MASC-C SMFQ-C	No disponible.	N: 1686. Edad: 8-12.	Reducción de síntomas de ansiedad y depresión.	Uso de autoevaluaciones.
Kösters et al. (2017)	"FRIENDS for life".	Prevenir síntomas de ansiedad y depresión. Contexto escolar.	RCADS	10 sesiones. 2 sesiones booster. 2 sesiones parentales. 90 minutos.	N: 339. Edad: 8-13.	Post intervención: no disponible. Seguimiento 12 meses: disminución síntomas de ansiedad y depresión.	Poca asistencia por parte de los padres. Algunas actividades no se completaron. Se perdió la información recogida del grupo de 2010.

Nota: Elaboración propia

5. Metodología de investigación

Para realizar el marco teórico del presente trabajo, se ha hecho una revisión bibliográfica en el buscador de la biblioteca de la Universidad de Alcalá de Henares, Dialnet y Google académico. Las búsquedas realizadas han sido las siguientes: depresión AND (adolescentes OR adolescencia), depresión AND (etiología OR teoría explicativa), depresión AND (epidemiología OR prevalencia), depresión AND comorbilidad, depresión AND factores de riesgo AND factores de protección, depresión AND adolescencia AND (evaluación OR cuestionarios OR entrevistas), (uso problemático de internet OR redes sociales OR nuevas tecnologías OR Facebook OR Instagram OR TikTok) AND (adolescentes OR adolescencia), factores de riesgo AND factores de protección AND (redes sociales OR internet OR nuevas tecnologías), depresión AND (redes sociales OR Facebook OR Instagram OR TikTok) AND (adolescencia OR adolescentes). En estas búsquedas, se filtró por año e idioma, desde el 2010 al 2021 y tanto en Español como en Inglés.

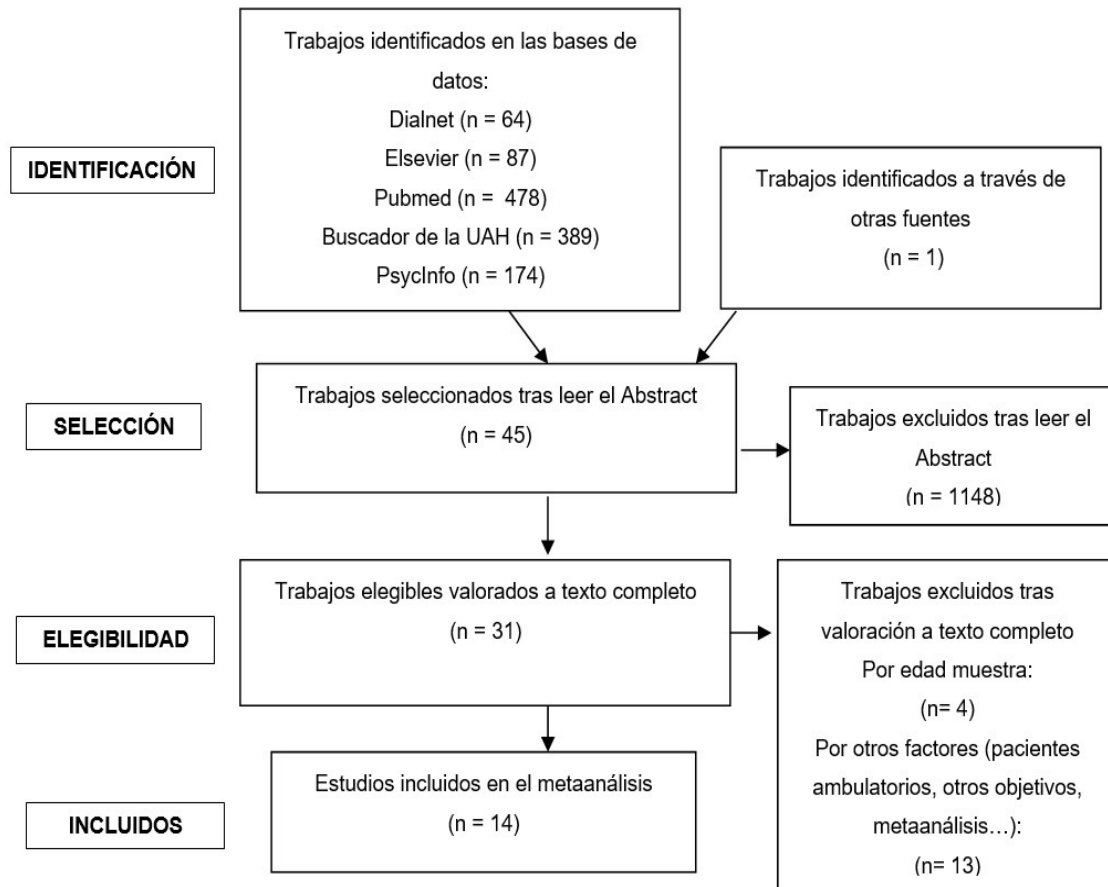
Por otro lado, para la revisión de los programas se han realizado búsquedas en Dialnet, PubMed, Elsevier, PsycInfo y el buscador de la Universidad de Alcalá de Henares. Las palabras claves utilizadas en Dialnet han sido (programa OR prevención) AND depresión AND (adolescentes OR adolescencia OR infantojuvenil). En el buscador de la Universidad de Alcalá de Henares se ha realizado la búsqueda con las siguientes palabras clave: programa de prevención AND depresión AND adolescentes. En PubMed, al ser un buscador en inglés, las palabras clave han sido (program OR prevention) AND depression AND (adolescents OR adolescence). En Elsevier las palabras clave han sido programa and prevención and depresión and adolescentes. Y en PsycInfo se realizó la siguiente búsqueda ti(prevention OR program) AND ti(depression) AND adolescent.

En estas búsquedas, se filtró por año, desde el 2017 al 2021 y por idioma, tanto en Español como en Inglés.

A continuación se muestra un diagrama de flujo del proceso seguido en la revisión bibliográfica de los programas de prevención de la depresión en adolescentes.

Figura 1

Diagrama de flujo



Nota: Elaboración propia.

6. Propuesta de intervención

6.1. Presentación de la propuesta

La presente propuesta de intervención consiste en un programa de prevención universal, de modalidad grupal, cuyo objetivo es disminuir el riesgo de desarrollar depresión en chicas adolescentes, así como fomentar un uso adecuado de las redes sociales. Para conseguir este objetivo, se trabajan la autoestima, las creencias negativas, las habilidades sociales y las competencias emocionales.

Con respecto a la eficacia de los programas de prevención de la depresión, revisiones de metaanálisis muestran suficiente evidencia de su eficacia, sobre todo los programas de prevención indicados (Sánchez et al., 2019; Seligman et al., 2007). Pero cabe destacar los beneficios de los programas universales, concretamente los que se realizan en el contexto escolar, permitiendo la participación de personas con recursos limitados para acudir a tratamiento (Barrett y Pahl, 2006 citado en Ahlen et al., 2015).

La razón por la que este programa es universal es porque al ser un programa implantado en horario escolar, si fuese indicado, se reduciría mucho el número de participantes, y el objetivo es conseguir que se beneficien de él el mayor número de personas.

6.2. Objetivos de la propuesta

El objetivo principal es prevenir la aparición de síntomas depresivos en chicas adolescentes y fomentar un uso adecuado de las redes sociales.

Dentro de los objetivos concretos se encuentran los siguientes:

- Mejorar la autoestima.
- Disminuir las creencias negativas.
- Desarrollar competencias socioemocionales, como habilidades sociales y estrategias de identificación y regulación emocional.
- Fomentar un uso adecuado y seguro de las redes sociales.

6.3. Contexto

El presente programa se aplica en el contexto educativo, impartiendo en la hora de tutoría semanal. Cada sesión tiene una duración de entre 45 y 60 minutos, dependiendo del horario académico del centro en el que se aplique. Esto hace posible el acceso a estudiantes de niveles socioeconómicos bajos, permitiendo que reciban unos servicios que se podrían dar en la práctica clínica, pero en un ambiente menos estigmatizado (Owens y Murphy, 2004) y sin la necesidad de hacer una inversión económica como requeriría en el ámbito privado.

Con respecto a cuándo aplicar el programa de prevención, al querer prevenir que aparezca la sintomatología depresiva en la adolescencia temprana, se llevará a cabo en 6º de primaria (Sáez y Torres, 2016).

6.4. Metodología

6.4.1. Participantes

El presente programa de prevención va dirigido a chicas de edades entre 11 y 14 años.

Los criterios de inclusión son estar en 6º de primaria y ser chica. Por otro lado, los criterios de exclusión son no estar en 6º de primaria, ser chico, tener altos niveles de depresión en el CDI-S, es decir, puntuar entre 18 y 39 y mostrar ideación suicida en la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB). En estos dos últimos casos se pondría en contacto con el orientador del centro para poder comunicárselo a los padres de dichos alumnos.

6.4.2. Instrumentos

En el presente programa se van a utilizar el CDI-S y la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) para la selección de participantes. Por otro lado, con respecto a las variables a evaluar, la sintomatología depresiva se evalúa con el CDI-S, la autoestima con la Escala de Autoestima de Rosenberg, las cogniciones negativas con el ATQ, las habilidades sociales con el EEHS y las estrategias de regulación emocional con el ERQ-CA.

El CDI-S es la versión corta, de 10 ítems, del CDI *Children's Depression Inventory*. La versión española de Del Barrio et al (2002), evalúa síntomas depresivos durante las últimas 2 semanas y está indicado para niños de 7 años en adelante. El tiempo de aplicación es de 5 a 7 minutos. Está compuesto por 10 ítems, y tres factores: autoestima, anhedonia y desesperanza. El alfa de Cronbach del CDI-S

americano es de 0,79 y el del CDI-S español es de 0,75. Con respecto a la corrección, en los ítems 2, 4, 5, 6 y 10 se deben invertir las puntuaciones.

La Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) fue diseñada para evaluar la recurrencia de pensamientos y deseos suicidas. La ISB consta de 19 reactivos y es una entrevista clínica semiestructurada, de una duración de aplicación de 30 minutos. Estos reactivos miden la intensidad de las actitudes, conductas y planes para suicidarse. Cada reactivo tiene 3 opciones de respuesta, con un rango de 0 a 2. El alfa de Cronbach es de 0,84. Por otro lado, con respecto a la corrección, si la puntuación de los reactivos (4) y (5) es "0", se omiten los siguientes y se suspende la entrevista. En caso contrario, se sigue aplicando (Beck et al, 1978 citado en González et al., 2000).

La Escala de Autoestima de Rosenberg fue creada originalmente por Rosenberg (1965 citado en Vázquez et al., 2004) y traducida al español por Echeburúa (1995 citado en Vázquez et al., 2004). Es una escala para evaluar la autoestima en adolescentes. Está formada por 10 ítems, evaluando los sentimientos de respeto y aceptación de si mismo/a, estando la mitad de los ítems enunciados positivamente y la otra mitad negativamente. El tiempo de aplicación es de 5 a 7 minutos. Los ítems se responden en una escala de cuatro puntos (1= muy de acuerdo, 2= de acuerdo, 3= en desacuerdo, 4= totalmente en desacuerdo). Con respecto a su fiabilidad, tiene un alfa de Cronbach de 0,87. Por otro lado, en relación a la corrección, se debe invertir las puntuaciones de los ítems enunciados negativamente (3, 5, 8, 9,10) y posteriormente sumarse todos los ítems, fluctuando la puntuación total entre 10 y 40.

La escala de evaluación de habilidades sociales (EEHS) de Goldstein et al. (1980) adaptada al español por Tomas (1995) es un instrumento que se puede aplicar tanto individual como colectivamente de 12 años en adelante. El tiempo de aplicación es de 15 a 20 minutos. Y está formada por 50 ítems, evaluando seis tipos de habilidades. El alfa de Cronbach es de 0,92. Con respecto a la puntuación que se

puede obtener, la puntuación máxima es 5 y la mínima 1 y el puntaje total, es máximo 250 y mínimo 50.

El cuestionario de Regulación Emocional para niños y adolescentes (ERQ-CA) es una adaptación del ERQ creado por Gross y John (2003). Esta adaptación la realizaron Gullone & Taffe (2012 citado en Navarro et al., 2018) y Navarro et al. (2018) lo adaptaron al español. El ERQ-CA evalúa dos estrategias de regulación emocional: la reevaluación cognitiva y la supresión emocional. El tiempo de aplicación es de 15 minutos y el alfa de Cronbach del factor supresión es de 0,64 y del factor de reevaluación cognitiva es de 0,61. Está compuesto por 10 ítems y utilizan una escala tipo Likert de 5 puntos.

El ATQ *Automatic Thoughts Questionnaire* (Hollon y Kendall, 1980) evalúa los pensamientos automáticos, tiene un alfa de Cronbach de 0,96 y consta de 30 preguntas, 20 preguntas sobre pensamientos automáticos negativos y 10 sobre pensamientos automáticos positivos. Su tiempo de aplicación es de entre 5 y 19 minutos. Este cuestionario fue adaptado al español por Belloch, Baños y Perpiñá (1990 citado en Cano y Rodríguez, 2002) con un alfa de Cronbach de 0,95.

Destacar que estos instrumentos serán enviados por correo electrónico a los padres de los participantes, para realizar la evaluación previa a la intervención, así como al finalizar el programa y en los seguimientos.

6.4.3. Procedimiento

Una vez que el programa tiene la aprobación del comité de ética del Centro Universitario Cardenal Cisneros, se facilitará a todos los participantes y responsables la hoja de información del participante y el consentimiento informado (véase Anexo 10). Una vez obtenidos dichos consentimientos, se implantará el programa de prevención en la hora de tutoría acordada con el centro.

6.5. Actividades

El presente programa se divide en cinco áreas a trabajar: el área emocional, cognitiva, autoestima, habilidades sociales y redes sociales. Las sesiones tendrán una duración de 60 minutos, variando la última sesión, con una duración de 45 minutos. La mayoría de actividades son grupales, habiendo un total de 27 actividades. Además se mandarán ejercicios y reflexiones individuales para casa, las cuales se trabajarán al principio de la siguiente sesión.

Con respecto a los materiales generales, se requiere de pizarra, bolígrafos, rotuladores, folios y cartulinas. Y los materiales específicos de cada actividad se indican en las siguientes tablas, necesitando un reproductor de música para la sesión 4, 5 y 11.

Destacar que la implementación del presente programa debe realizarse por un profesional de la psicología, como un psicólogo general sanitario o un psicólogo interno residente, valorando su formación o experiencia con adolescentes.

Tabla 8

Sesión 1: Presentación

Sesión 1: Presentación	
Objetivos	Presentar las normas y objetivos del programa y mejorar el auto-conocimiento y el de sus compañeras.
Descripción de la actividad <i>Conociendo a mis compañeras.</i>	<p>Esta sesión se empieza presentando las normas y los objetivos del programa:</p> <p>Objetivos del programa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mejorar el conocimiento sobre las emociones, aprender a identificarlas y gestionarlas. 2. Desarrollar habilidades para identificar los pensamientos automáticos, reevaluarlos y decidir cómo actuar teniendo en cuenta las consecuencias. 3. Fomentar una mayor autoestima. 4. Aumentar el conocimiento sobre las habilidades sociales y cómo utilizarlas. 5. Ser conscientes de los riesgos de las redes sociales y aprender a hacer un uso adecuado y seguro. <p>Normas del programa:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Todo lo que se hable en el grupo es confidencial.

	<ul style="list-style-type: none"> – No juzgar a los compañeros. – No interrumpir a los compañeros cuando estén hablando. – Participar en las actividades grupales. – Respetar a los compañeros, aunque tengan ideas u opiniones diferentes a las nuestras. – Realizar las tareas que se manden para casa. <p>Después se realiza una actividad en la que cada miembro escribe en una careta características que les definan o cosas que les gusten hacer. Después deben andar por la clase leyendo lo de las compañeras y ver qué cosas ya conocían y cuáles les sorprenden. Por último, se deja un espacio para que puedan hacerse preguntas sobre la información leída.</p> <p>Antes de finalizar la sesión, en un papel deben responder a la siguiente pregunta: Cuando acabe el programa, ¿qué te gustaría haber aprendido dentro de los objetivos que se han dicho? Y serán recogidos por el responsable.</p>
Materiales	Careta (véase Anexo 2).
Fuente	Bernaras et al. (2020)

Tabla 9

Sesión 2 y 3: Emocional

Sesión 2 y 3: Emocional	
Objetivos	Aprender a identificar las emociones primarias y secundarias.
Descripción de la actividad <i>En contacto con mis emociones.</i>	<p>En la sesión 2 se empieza preguntando al grupo la siguiente pregunta: ¿Qué es una emoción y qué emociones hay? Una vez compartidas sus respuestas, se explica qué es una emoción, y las emociones primarias que hay. Después se divide el grupo en subgrupos de 3-4 personas y se les da una ruleta emocional, teniendo que reflexionar sobre la diferencia entre las emociones primarias y secundarias.</p> <p>Una vez puesto en común, se explica la diferencia entre ambas y se les pide que intenten identificar las emociones que sienten en ese momento con la ruleta emocional.</p> <p>Después se les pregunta a los mismos subgrupos si creen que hay emociones positivas o negativas, explicando que no es así, ya que todas tienen una función. Se cuenta la metáfora del mensajero (<i>las emociones son como mensajeros que llaman a nuestra puerta para dejarnos un mensaje, si no aceptamos ese mensaje pueden pasar dos cosas, que siga llamando o que se</i></p>

	<p><i>acumulen los mensajes ¿y qué pasa si el mensaje que nos tiene que dejar es importante?).</i></p> <p>Después se les pregunta en subgrupos que piensen cada uno en la función de la emoción primaria que le sea asignada. Después se comparten las respuestas y se les explica las funciones de cada una.</p> <p>Por último se les pregunta por una situación en la que no hayan dejado al mensajero entrar y qué consecuencias tuvo.</p> <p>En la sesión 3 se empieza preguntando por la tarea mandada para casa.</p> <p>Después a cada miembro del grupo se le da escrito una emoción, teniendo que representarla con gestos y para cada caso se hacen las siguientes preguntas: ¿Qué emoción expresa?, ¿qué le ha podido pasar?, ¿en qué momento habéis podido sentir esa emoción?, ¿cómo os relacionáis con esta emoción?</p> <p>Tras esta actividad, se les dice que se van a mencionar diferentes emociones tanto primarias como secundarias y tienen que pensar en qué persona la han visto en la última semana. Para después reflexionar sobre si creen que les cuesta más identificarlas en ellas mismas o en otros.</p>
Tarea para casa	<p>Sesión 2: Identificar diariamente sus emociones con la ruleta emocional.</p> <p>Sesión 3: Identificar sus emociones e intentar identificar las de los demás.</p>
Materiales	<p>Ruleta emocional (véase Anexo 3).</p> <p>Función emociones (véase Anexo 4).</p>
Fuente	Bernaras et al. (2020)

Tabla 10

Sesión 4 y 5: Emocional

Sesión 4 y 5: Emocional	
Objetivos	Aprender a gestionar las emociones.
Descripción de la actividad <i>Aprendiendo a relacionarme con mis emociones.</i>	<p>Se les pregunta sobre qué emociones le parecen desagradables o le dificultan seguir con el día a día y qué hacen para manejarlas.</p> <p>En la sesión 4 se practica la técnica de relajación progresiva de Jacobson y el Mindfulness <i>Desarrollar una situación o lugar seguro</i> y en la sesión 5 se realiza <i>La respiración compasiva</i>.</p> <p>Tras realizar cada una de estas estrategias se hacen las siguientes preguntas: ¿cómo os habéis sentido?, ¿ha sido fácil o difícil?, ¿cómo estáis ahora? y ¿en qué situaciones sería útil usarla?</p> <p>En la sesión 5 también se les dice que se imaginen que un ser querido les pide consejo</p>

	sobre qué hacer para manejar las emociones. Se pone una cartulina grande en el centro del aula y se les dice que escriban las estrategias que le recomendarían.
Tarea para casa	Practicar las técnicas y continuar con la identificación de emociones.
Materiales	Esterillas o colchonetas. Técnica relajación progresiva de Jacobson (véase Anexo 5). <i>Desarrollar una situación o lugar seguro</i> (véase Anexo 6). <i>La respiración compasiva</i> (véase Anexo 7).
Fuente	Bernaras et al. (2020); García y Demarzo (2015).

Tabla 11

Sesión 6: Cognitiva

Sesión 6: Cognitiva	
Objetivos	Identificar los pensamientos y conocer las distorsiones cognitivas.
Descripción de la actividad <i>Las gafas distorsionadas.</i> <i>Identificando mis pensamientos.</i>	Anotar una situación que les generó emociones desagradables en las últimas semanas y que piensen en los pensamientos que tenían en ese momento. Se les explica las distorsiones cognitivas, primero contándoles la metáfora de las gafas distorsionadas y dándoles una ficha con las distorsiones cognitivas y con las tarjetas del juego El Planeta de los Psimon. Se hacen grupos de 3-4 personas y se les da un papel con una distorsión cognitiva escrita, teniendo que pensar un role playing en el que se vea reflejada. Tras cada representación se reflexiona sobre las consecuencias de pensar así y se crea un análisis funcional de cada escena en la pizarra. Después a cada grupo se le dice que piensen cómo hubiera sido el diálogo interno de la persona de la escena si no hubiera tenido las gafas distorsionadas.
Tarea para casa	Identificar las distorsiones cognitivas de los pensamientos registrados en la sesión 6 y seguir registrando pensamientos, emociones y conductas durante la semana.
Materiales	Tarjetas del juego El Planeta de los Psimon (Vogel, s.d) (véase Anexo 8). Lista de distorsiones cognitivas de Burns (1989).
Fuente	Burns (1989); Vogel (s.d)

Tabla 12

Sesión 7: Cognitiva

Sesión 7: Cognitiva	
Objetivos	Conocer la relación entre pensamiento, emoción, conducta y consecuencias.
Descripción de la actividad <i>¿Qué efectos tienen mis pensamientos?,</i>	Cada participante deberá elegir una situación que haya registrado para compartir con el grupo. El registro de esa situación será entregado al encargado del programa, el cual los escribirá en la pizarra de forma anónima. Después en grupo se identificarán las distorsiones cognitivas de cada caso y las posibles consecuencias.
Tarea para casa	Realizar el registro, añadiendo las consecuencias.
Materiales	Lista de distorsiones cognitivas Burns (1989).
Fuente	Burns (1989).

Tabla 13

Sesión 8: Cognitiva

Sesión 8: Cognitiva	
Objetivos	Aprender a modificar pensamientos automáticos negativos.
Descripción de la actividad <i>Inspectora de pensamientos.</i>	En esta sesión se crean grupos de 3-4 personas y se les dice que cuando en las mesas se ponga el dibujo de una lupa, deberán de hacer de "inspectoras de pensamientos", preguntando a sus compañeras para obtener más información y completar los registros que hayan hecho la semana anterior. Cuando se cambie el dibujo a las gafas, deberán de buscar otro grupo de 3-4 personas e identificar las distorsiones cognitivas que le falten a las compañeras. Y por último cuando se quite el dibujo de las gafas distorsionadas, deberán volver a su grupo original y modificar los pensamientos por alternativos más adaptativos, sin distorsiones cognitivas. Después se comparten los pensamientos originales y los alternativos.
Tarea para casa	Registrar pensamientos y emociones e intentar generar pensamientos alternativos.
Materiales	Dibujo de unas gafas y de una lupa.
Fuente	Propia

Tabla 14

Sesión 9: Autoestima

Sesión 9: Autoestima	
Objetivos	Aprender a modificar pensamientos automáticos negativos sobre sí mismas.
Descripción de la actividad <i>¿Cómo te valoras?</i>	Se crean grupos de 4 personas y se les pregunta qué creen que es la autoestima y que rellenen los beneficios de una alta autoestima y las desventajas de una baja autoestima. Una vez puesto en común, se explica qué es la autoestima. Después a cada miembro de los grupos se le da a uno una situación para que la represente, a otro un semáforo en rojo, a otro uno amarillo y a otro uno verde. Y se les dice a todos los de la clase que si ven en la escena que se represente un pensamiento negativo deben levantar el semáforo rojo para que el que lo esté representando pare. Después a los del semáforo amarillo, deben de ir al que lo esté representando y decirle un pensamiento alternativo, el cual podrá elegir el que más le guste. A continuación deberá representar la misma escena con el pensamiento alternativo y si es adecuado, a los que le haya tocado el semáforo verde deberán levantarlo. Tras cada representación, se les dirá a los del semáforo amarillo que compartan con su grupo el pensamiento alternativo que habían elegido he intenten pensar más, los cuales se compartirán con la clase.
Tarea para casa	Identificar pensamientos negativos sobre sí mismos y generar alternativos.
Materiales	Ficha situaciones autoestima (véase Anexo 9). Imagen de semáforo en rojo, amarillo y verde.
Fuente	Bernaras et al. (2020).

Tabla 15

Sesión 10: Autoestima

Sesión 10: Autoestima	
Objetivos	Fomentar la autoestima.
Descripción de la actividad <i>¡Fuera los pensamientos que nos hacen sentir incapaces!</i>	Se les pide que dibujen en una cartulina grande un niño que se siente capaz y en otra incapaz y alrededor poner los pensamientos que le hacen sentirse así. Después se reflexiona sobre lo siguiente: ¿cuándo no os sentís capaces qué pensamientos tenéis?, ¿y cuando os sentís capaces?, ¿qué consecuencias ha tenido y tiene sentirse así?

	Tras reflexionar sobre estas preguntas, cada uno, de forma anónima debe escribir en un papel la situación que le hace sentir incapaz. Después se leen en alto y deben pensar cómo ayudar a esa persona y qué cosas podría intentar hacer para sentirse capaz.
Tarea para casa	Identificar las situaciones en las que se sienten capaces y en las que no, y los pensamientos que aparecen en cada una de ellas.
Fuente	Propia

Tabla 16

Sesión 11 y 12: Autoestima

Sesión 11 y 12: Autoestima	
Objetivos	Fomentar el autoconocimiento, la autoestima y el pensamiento compasivo.
Descripción de la actividad <i>Carta a mi yo de pequeño.</i>	Deben escribir una carta a ellos de pequeños, indicándole todo lo que es capaz de hacer, en todo lo que es bueno, incluir consejos que hayan aprendido en estas sesiones para reevaluar los pensamientos negativos sobre uno mismo y escribirle mensajes de apoyo y amor. En la sesión 12 se les pregunta si quieren añadir a la carta más cosas y se hace una visualización en imaginación, guiándoles con lo siguiente: <i>ahora quiero que cerréis los ojos y dejéis a vuestra mente fluir en los recuerdos, quiero que penséis en una situación de cuando eráis pequeñas, que miréis alrededor y veáis qué hay, qué estaba pasando, quién estaba y os deis un momento para recordar olores, sonidos que hubieran en esa situación. Ahora quiero que os centréis en vosotras en esa situación, ¿cómo se siente? ¿qué piensa? ¿está necesitando algo? ¿qué te gustaría decirle? date un tiempo para decirle todo lo que le has escrito en la carta.</i> Por último se les pregunta ¿cómo se han sentido haciéndolo? y las preguntas mencionadas previamente.
Tarea para casa	Crear 2 listas: Soy capaz de...; soy bueno en... y rellenarlas.
Fuente	Propia

Tabla 17

Sesión 13 y 14: Habilidades sociales

Sesión 13 y 14: Habilidades sociales	
Objetivos	Aumentar el conocimiento sobre las habilidades sociales y fomentar su uso.
Descripción de la actividad <i>¿Cómo me relaciono?</i>	<p>En la sesión 13 se reflexiona por grupos de 3-4 personas sobre qué son las habilidades sociales. Después se explica qué son y se ponen ejemplos. Luego se reflexiona por grupos con las siguientes preguntas: ¿por qué son importantes las habilidades sociales?, ¿en qué situación recuerdas que hayan sido importantes? y ¿cuáles te gustaría mejorar y por qué?</p> <p>Tras la reflexión cada miembro escribe en un folio la habilidad que más le gustaría desarrollar y la que cree que mejor se le da. Después el encargado del programa las lee de forma anónima y el grupo debe dar consejos para desarrollarlas.</p> <p>En la sesión 14 se selecciona una para practicarla a través de role playing, primero haciendo un modelado por parte de un miembro del grupo al que se le dé bien esa habilidad y después el grupo da feedback.</p>
Tarea para casa	Sesión 13: Ser conscientes de las habilidades sociales que utilizan con el autorregistro del cuadro 5.9 de Caballo (1993). Y ver una serie o película identificando las habilidades sociales que utilizan.
Fuente	Caballo (1993).

Tabla 18

Sesión 14 y 15: Habilidades sociales

Sesión 14 y 15: Habilidades sociales	
Objetivos	Fomentar la asertividad.
Descripción de la actividad <i>Elijo comunicarme con asertividad.</i>	<p>Se les pregunta si saben lo que es la asertividad, entregándoles una ficha de los derechos asertivos.</p> <p>Se leen los derechos asertivos en alto y deben marcar los derechos asertivos que les cuestan más y los que más hacen. Después se dividen en grupos de 3-4 personas, donde compartirán lo que han apuntado y las demás deberán hacerle preguntas sobre por qué le cuesta más ese derecho asertivo.</p> <p>Luego deben pensar situaciones en las que no utilizó los derechos asertivos marcados y compartirlo con el grupo.</p>

	En la sesión 15, se recrean esas escenas utilizando el derecho asertivo que no pudo utilizar en su momento, a través de role playing. Recibiendo feedback por parte del grupo al final.
Tarea para casa	Practicar la asertividad.
Materiales	Lista de derechos asertivos (Caballo, 1993).
Fuente	Caballo (1993).

Tabla 19

Sesión 16: Redes sociales

Sesión 16: Redes sociales	
Objetivos	Conocer las ventajas y los riesgos de las redes sociales.
Descripción de la actividad <i>¿Son las redes sociales un riesgo?</i>	Al comienzo se hace una votación sobre cuál es la red social que más utilizan entre Facebook, Instagram, Twitter o TikTok. Tras elegir la red social más utilizada, se reflexiona por grupos de 3-4 personas sobre las ventajas y riesgos de esa red social, creando un poster, para después compartirlo en grupo. Tras cada presentación el encargado del programa anota las ventajas y riesgos mencionados por cada grupo. Cuando se comparte cada póster con el grupo, se deja un espacio de reflexión con las siguientes preguntas: ¿alguien que conocéis a sufrido los riesgos de esa red social? y ¿vosotras?
Tarea para casa	Registrar el tiempo que invierten en redes sociales y seguir practicando habilidades sociales y la asertividad.
Fuente	Propia

Tabla 20

Sesión 17: Redes sociales

Sesión 17: Redes sociales	
Objetivos	Conocer los efectos de las redes sociales sobre la autoestima y fomentarla.
Descripción de la actividad <i>Autoestima y redes sociales.</i>	Se reflexiona en diferentes grupos de 3-4 personas sobre el efecto de las redes sociales en la autoestima. Se coloca una cartulina grande en el centro del aula y se escribe AUTOESTIMA en el centro, deberán escribir en el lado izquierdo lo que puede provocar daños en la autoestima por parte de las redes sociales y en el lado derecho las consecuencias de ese daño en la autoestima. Después se pondrá en común. Por último, se dará la vuelta a la cartulina y

	deberán escribir consejos sobre cómo no dejar que afecte las redes sociales a la autoestima.
Tarea para casa	Practicar los consejos sobre la autoestima.
Fuente	Propia

Tabla 21

Sesión 18: Redes sociales

Sesión 18: Redes sociales	
Objetivos	Conocer la diferencia entre usar y abusar y aprender a hacer un uso seguro.
Descripción de la actividad <i>¿Usa o abusa? ¿Cómo cuidarse en la red?</i>	Se empieza reflexionando en grupos de 3-4 personas sobre la diferencia entre uso y abuso y si creen que ellas usan o abusan de las redes sociales. Después se crean dos grupos, uno deberá convencer al otro de que no abusa de las redes sociales y el otro grupo debe de darle información para hacerle consciente de que sí abusa. Luego se les pregunta ¿cómo se han sentido y si les ha costado meterse en el papel? Por último se reflexiona en grupos sobre cómo sería un uso adecuado y si se cuidan en la red. Para ello deben crear un anuncio que se pudiera poner en un instituto donde viniera lo necesario para hacer un uso adecuado de las redes sociales.
Fuente	Echeburúa y Requesens (2012)

Tabla 22

Sesión 19: Sesión de cierre

Sesión 19: Sesión de cierre	
Objetivos	Reflexionar sobre lo aprendido en el programa.
Descripción de la actividad <i>¿Qué me llevo del programa?</i>	Se crean grupos de 3-4 personas y en una cartulina se hacen cinco columnas para cada área trabajada en el programa y deben escribir lo que han aprendido en cada una de esas áreas y lo que más les ha gustado. Después se pondrá en común.
Fuente	Propia

6.6. Cronograma

Tabla 23

Cronograma

ÁREA	ACTIVIDADES	SEMANAS																		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Presentación	Introducción del programa y actividad <i>Conociendo a mis compañeros</i>																			
Emocional	<i>En contacto con mis emociones</i>																			
	<i>Aprendo a relacionarme con mis emociones</i>																			
Cognitiva	<i>Las gafas distorsionadas. Identificando mis pensamientos.</i>																			
	<i>¿Qué efecto tienen mis pensamientos?</i>																			
	<i>Inspectora de pensamientos</i>																			
Autoestima	<i>¿Cómo te valoras?</i>																			
	<i>¡Fuera los pensamientos que nos hacen sentir incapaces!</i>																			
	<i>Carta a mi yo de pequeño</i>																			
Habilidades sociales	<i>¿Cómo me relaciono?</i>																			
	<i>Elijo comunicarme con asertividad</i>																			
Internet y redes sociales	<i>Las ventajas y riesgos de internet y las redes sociales</i>																			
	<i>¿Usa o abusa?</i>																			
	<i>¿Me cuida en la red?</i>																			
Sesión de cierre	Reflexión sobre lo aprendido y qué les ha aportado																			

Nota: Elaboración propia

6.7. Evaluación de la propuesta

Antes de realizar la evaluación, es preciso la firma del consentimiento informado de ambos progenitores o tutores legales (véase Anexo 10).

Para evaluar la efectividad del presente programa, se realizará una evaluación previa a la intervención y otra tras la finalización del programa. A su vez, se realizarán tres seguimientos, a los 4 meses de finalizar el programa (septiembre), otro a los 8 meses (enero) y otro a los 16 meses (septiembre) para comprobar si se mantienen los resultados tras la finalización del programa.

Los cuestionarios que se administrarán en cada uno de estos momentos son el Children's Depression Inventory (CDI-S), la Escala de Autoestima de Rosenberg, el Automatic Thought Questionnaire (ATQ), el EEHS y el Cuestionario de Regulación Emocional para Niños y Adolescentes (ERQ-CA). Estos cuestionarios se administraran en formato electrónico, enviándolos al correo de los padres.

7. Conclusiones

En la actualidad, la depresión es la cuarta causa de discapacidad entre los 15 y los 19 años y la decimoquinta causa entre los 10 y 14 años (OMS, 2020), especialmente en chicas (Bermúdez, 2017; Gómez, 2007; Hankin, 2009). Solo con el hecho de ser mujer y estar en la etapa de la adolescencia, ya son factores de riesgo para el desarrollo de la depresión.

En este periodo, la sintomatología depresiva puede repercutir en aumento del aislamiento, afectación del desarrollo psicológico, aumento del riesgo de desarrollar trastornos de la personalidad y en el peor de los casos, al suicidio (Almeda y Quiroga, 2020; OMS, 2020).

Hoy en día, las redes sociales forman parte de la vida de la mayoría de los adolescentes, siendo muy valoradas por estos, teniendo gran habilidad en su uso, pero muchas veces sin ser conscientes de los riesgos que conllevan (Vanderhoven et al., 2014). Muchos de los riesgos de las redes sociales, son factores de riesgo para el desarrollo de la depresión, como son la pérdida de habilidades sociales (Plaza, 2018),

el aumento del aislamiento (Espinar y López, 2009) y la pérdida de autoestima (Kramer et al., 2008), destacando su impacto en las chicas (Chóliz y Villanueva, 2011; IAB, 2020). Por lo que hacer uso de las redes sociales, sin una educación en el uso adecuado de estas, podría aumentar la probabilidad de desarrollar depresión, en chicas adolescentes.

El objetivo del presente trabajo es desarrollar un programa de prevención de la depresión por el uso inadecuado de redes sociales en chicas adolescentes, denominado "DYRSAD".

Esta propuesta cuenta con fortalezas como tratar con factores de protección de la depresión y del uso adecuado de redes sociales, como la regulación emocional (Ruvalcaba et al., 2013; Bar-On, 2007 citado en Ruvalcaba et al., 2013), las habilidades sociales (Rodríguez et al., 2015) y la autoestima (Bermúdez, 2017; Garaigordobil et al., 2017; GPC, 2018; Montt y Ulloa, 1996; Orth et al., 2008). Y tratar uno de los factores de riesgo más importantes según Beck para el desarrollo de la depresión (citado en Lewinsohn, 1975) como son las creencias negativas. Lo que convierte a "DYRSAD" en un programa de abordaje holístico, desde un enfoque cognitivo-conductual y emocional.

Trabajando estos factores de protección se espera prevenir el desarrollo de síntomas depresivos, así como fomentar un uso más seguro y adecuado de las redes sociales, tanto al finalizar la intervención como en los seguimientos, comprobando que se mantienen los resultados.

Otra de las ventajas de la presente propuesta, es la intervención grupal, disminuyendo los costes y favoreciendo la práctica de habilidades sociales y la cohesión grupal.

La novedad de esta intervención a diferencia de otros programas dirigidos a prevenir la sintomatología depresiva, es el trabajo exhaustivo de la autoestima, el abordaje del uso de las redes sociales y la práctica de mindfulness como técnica de regulación emocional. La razón por la que se da en el presente programa tanta

importancia al trabajo de la autoestima en chicas adolescentes, es porque está comprobado que en esta población, la autoestima se ve afectada por los numerosos cambios físicos a los que se enfrentan (Gatti et al., 2014), siendo un factor de riesgo en el desarrollo de la depresión (Bermúdez, 2017, Garaigordobil et al., 2017; Montt y Ulloa, 1996; Orth et al., 2008).

Pero cabe mencionar también las limitaciones con las que cuenta la presente propuesta, como la duración del programa, ya que aunque permite una formación y práctica completa de las técnicas y habilidades, también puede que se produzcan algunas bajas. Por otro lado, el no realizar una intervención con las familias, supone una debilidad, ya que diversos estudios afirman obtener mejores resultados (Lewinsohn et al., 1990).

También es una limitación el uso de material de coste como el juego de El Planeta de los Psimon, es por ello que se indica una variación para trabajar las distorsiones cognitivas, sin requerir de él.

Otra debilidad es no trabajar la sintomatología ansiosa, ya que se ha visto una elevada comorbilidad con la sintomatología depresiva (Aragonés et al., 2009; Bermúdez, 2017; Essau, 2002).

Por último, otra de las debilidades es que el profesional que lo imparta debe ser psicólogo general sanitario o psicólogo interno residente, valorando el tener formación con adolescentes, lo que conlleva una contratación nueva por parte del centro para todo el curso escolar.

Por lo tanto, como propuestas futuras se sugiere incluir un grupo con las familias en horario extra escolar, replicar el presente programa haciéndolo indicado para chicas con sintomatología depresiva, ya que se ha visto que los efectos son más notables (Sánchez et al., 2019; Seligman et al., 2007) Y añadir al presente programa el trabajo de la sintomatología ansiosa.

8. Referencias

- Abramson, L.Y., Seligman, M.E. y Teasdale, J.D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87(1), 49-74. <https://doi.org/10.1037/0021-843x.87.1.49>
- Achenbach, T.M. y Ruffle, T.M. (2000) The Child Behavior Checklist and Related Forms for Assessing Behavioral/Emotional Problems and Competencies. *Pediatrics in Review*. 21(8), 265-271. <https://doi.org/10.1542/pir.21-8-265>
- Ahlen, J., Lenhard, F. y Ghaderi, A. (2015). Universal prevention for anxiety and depressive symptoms in children: a meta-analysis of randomized and cluster-randomized trials. *The Journal of Primary Prevention*. 36, 387-403. <https://doi.org/10.1007/s10935-015-0405-4>
- Almeda, M.J. y Quiroga, A. (2020). Intervención narrativa socioemocional para disminuir síntomas depresivos y ansiosos en adolescentes. *Voces de la Educación*. 5(10), 114-131. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7508511>
- Amaral, A.P., Uchoa Sampaio, J., Ney Matos, F.R., Pocinho, M. T. S., Fernandes de Mesquita, R. y Sousa, L.R.M. (2020). Depresión e ideación suicida en la adolescencia implementación y evaluación de un programa de intervención. *Enfermería Global*, 19(3), 1-35. <https://doi.org/10.6018/eglobal.402951>
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-5 (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Aragonés, E., Piñol, J.L. y Labad, A. (2009). Comorbilidad de la depresión mayor con otros trastornos mentales comunes en pacientes de atención primaria. *Atención Primaria*. 41(10), 545-551. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2008.11.011>
- Beaudry, M.B., Swartz, K., Miller, L., Schweizer, B., Glazer, K. y Wilcox, H. (2019). Effectiveness of the Adolescent Depression Awareness Program (ADAP) on Depression Literacy and Mental Health Treatment. *The Journal of School Health*. 89(3), 165-172. <https://doi.org/10.1111/josh.12725>

- Benas, J.S., McCarthy, A.E., Haimm, C.A., Huang, M., Gallop, R. y Young, J.F. (2019). The Depression Prevention Initiative: Impact on Adolescent Internalizing and Externalizing Symptoms in a Randomized Trial. *Journal of clinical child and adolesc psychology*. 48. <https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1197839>
- Bermúdez, V. (2017). Ansiedad, depresión, estrés y autoestima en la adolescencia: relación, implicaciones y consecuencias en la Educación privada. *Cuestiones pedagógicas: Revista de ciencias de la educación*. (26), 37-52. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6595985>
- Bernaras, E., Jaureguizar, J. y Garaigordobil, M. (2020). *Pozic Bizi Vivir Feliz. Programa para la mejora de las emociones y los síntomas depresivos en niños y niñas de 8 a 10 años*. Universidad del País Vasco.
- Bickham, D.S., Hswen, Y. y Rich, M. (2015). Media use and depression: exposure, household rules, and symptoms among young adolescents in the USA. *International journal of public health*, 60(2), 147–155. <https://doi.org/10.1007/s00038-014-0647-6>
- Borja-Delgado, C.A., Ruilova-Mera, E.C., Garcia-Intriago, D.M., Sanchez-Sanchez, S.A., Guevara-Suárez, K.E. y Morales-Tipan, A.P. (2019). Factores que inciden en la presencia de la depresión en adolescentes. *Polo del Conocimiento: Revista científico-profesional*. 4(2), 165-180. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7164309>
- Bravo, M., Ribera, J., Rubio-Stipeck, M., Canino, G., Shrout, P., Ramírez, R., Fábregas, L., Chavez, L., Alegría, M., Bauermeister, J.J. y Martínez, A. (2001). Test-Retest Reliability of the Spanish Version of the Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC-IV). *Journal of Abnormal Child Psychology*. 29, 433-444. <https://doi.org/10.1023/A:1010499520090>
- Brunwasser, S.M., Freres, D.R. y Gillham, J.E. (2018). Youth Cognitive-Behavioral Depression Prevention: Testing Theory in a Randomized Controlled Trial.

Cognitive Therapy and Research. 42(4), 468-482.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30057434/>

Burns, D. (1989). *El manual de ejercicios para sentirse bien*. Paidós.

Caballo, V.E. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Siglo XXI Editores.

Cano, F.J. y Rodríguez, L. (2002). Evaluación del lenguaje interno ansiógeno y depresógeno en la experiencia de dolor crónico. *Apuntes de Psicología*. 20(3), 329-346. <https://fjcano.info/index.php/es/component/content/article/107-dolor-chronico-chronic-pain/125-adaptacion-espanola-del-cuestionario-de-pensamientos-automaticos-en-el-dolor-atq?Itemid=437>

Caplan, S.E. (2002). Problematic Internet use and psychosocial well-being: development of a theory based cognitive-behavioral measurement instrument. *Computers in Human Behavior*, 18(5), 55-575. [https://doi.org/10.1016/s0747-5632\(02\)00004-3](https://doi.org/10.1016/s0747-5632(02)00004-3)

Chóliz, M. y Villanueva, V. (2011). Evaluación de la adicción al móvil en la adolescencia. *Revista española de drogodependencias*. 2, 165-183. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3685194>

Costello, C.G. (1972). Depression: Loss of reinforcers of loss of reinforcer effectiveness? *Behavior Therapy*. 3(2), 240-247. [https://doi.org/10.1016/s0005-7894\(72\)80084-4](https://doi.org/10.1016/s0005-7894(72)80084-4)

Del Barrio, A. y Ruiz, I. (2014). Los adolescentes y el uso de las redes sociales. *INFAD Revista de Psicología*. 3(1), 571-576. https://bibliobuscador.uah.es/permalink/f/qr2o34/TN_cdi_crossref_primary_10_17060_ijodaep_2014_n1_v3_537

Del Barrio, V., Roa, M.L., Olmedo, M. y Colodrón, M.F. (2002) Primera adaptación del CDI-S a población española. *Acción Psicológica*. 1(3), 264-272. https://www.researchgate.net/publication/28092761_Primer_a_adaptacion_del_CDI-S_a_poblacion_espanola

- Díaz, V. (2011). Mitos y realidades de las redes sociales. *Prisma Social: revista de investigación social*. 6, 340-366.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3686439>
- Echeburúa, E. (2013). Atrapados en las redes sociales. *Crítica*. 985.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4264545>
- Echeburúa, E. y Requesens, A. (2012). *Adicción a las redes sociales y nuevas tecnologías en niños y adolescentes*. Pirámide.
<http://omextad.salud.gob.mx/contenidos/investigaciones/Guiaparaeducadores.pdf>
- Espinar-Ruiz, E. y López, C. (2009). Usos y riesgos de las nuevas tecnologías: análisis del discurso de jóvenes y adolescentes. *Athenea Digital: revista de pensamiento e investigación social*. 16, 1-20.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3099745>
- Essau, C. (2002). Psychiatric comorbidity with anxiety disorders in adolescents: Frequency and clinical consequences. *International Perspectives on Child and Adolescent Mental Health*. 2, 375-394. [https://doi.org/10.1016/S1874-5911\(02\)80017-3](https://doi.org/10.1016/S1874-5911(02)80017-3)
- Estévez, A., Herrero, D., Sarabia, I. y Jauregui, P. (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. <https://doi.org/10.20882/adicciones.26>
- Ezpeleta, L., De la Osa, N., Domenech, J.M., Navarro, J.B. y Losilla, J.M. (1997). Fiabilidad test-retest de la adaptación española de la diagnostic interview for children and adolescents (DICA-R). *Psicothema*. 9(3), 529-539.
<http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=124>
- Fernández, I., Espada, J.P. y Orgilés, M. (2019). Super Skills for Life: Eficacia de un programa transdiagnóstico de prevención indicada para los problemas

- Programa de prevención DYRSAD: depresión y redes sociales en chicas adolescentes emocionales infantiles. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*. 6(3), 24-31. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7041024>
- Frías-Navarro, D; Del Barrio, V. y Mestre, V. (1991). Children's Depression Inventory (CDI): Sus características psicométricas en población extranjera y española. *Evaluación Psicológica / Psychological Assessment*. 7(3), 377-391. https://www.researchgate.net/publication/284153325_Children's_Depression_Inventory_CDI_Sus_caracteristicas_psicometricas_en_poblacion_extranjera_y_espanola
- Garaigordobil, M., Bernarás, E. y Jaureguizar, J. (2019). Evaluación de un programa universal de prevención de la depresión en niños y niñas de educación primaria. *Revista de Psicología y Educación*. 14(2). 87-98. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7298477>
- Garaigordobil, M., Bernarás, E., Jaureguizar, J. y Machimbarrena, J.M. (2017). Childhood Depression: Relation to Adaptive, Clinical and Predictor Variables. *Frontiers in Psychology*. 8(821). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00821>
- Garber, J. y Weersing, V. (2010). Comorbidity of Anxiety and Depression in Youth: Implications for Treatment and Prevention. *Clinical Psychology*. 17(4), 293-306. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2010.01221.x>
- García Campayo, J. y Demarzo, M. (2015). *Mindfulness y compasión. La nueva revolución*. Singlantana.
- García del Castillo, J.A., Terol, M.D.C., Nieto, M., Lledó, A., Sánchez, S., Martín-Aragón, M. y Sitges, E. (2008). Uso y abuso de Internet en jóvenes universitarios. *Adicciones*. 20(2), 131-142. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289122057005>
- Garmy, P., Clausson, E.K., Berg, A., Steen Carlsson, K., Jakobsson, U. (2019). Evaluation of a school-based cognitive-behavioral depression prevention program. *Scandinavian Journal of Public Health*. 47(2), 182-189. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29226799/>

- Gatti, E., Ionio, C., Traficante, D. y Confalonieri, E. (2014). "I Like My Body; Therefore, I Like Myself": How Body Image Influences Self-Esteem—A Cross-Sectional Study on Italian Adolescents. *Europe's Journal of Psychology*. 10(2), 301-317.
<https://doi.org/10.5964/ejop.v10i2.703>
- Gladstone, T., Buchholz, K.R., Fitzgibbon, M., Schiffer, L., Lee, M. y Voorhees, B.W.V. (2020). Randomized Clinical Trial of an Internet-Based Adolescent Depression Prevention Intervention in Primary Care: Internalizing Symptom Outcomes. *International journal of environmental research and public health*. 17(21).
<https://doi.org/10.3390/ijerph17217736>
- Goldstein, A.P., Sprafkin, R.P., Gershaw, N.J. y Klein, P. (1980). Skillstreaming the adolescent: A structured learning approach to teaching prosocial skills. *Research Press Co.*
- Gómez, Y. (2007). Cognición, emoción y sintomatología depresiva en adolescentes escolarizados. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 39(3).
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342007000300001
- González, S., Díaz, A., Ortiz, S., González, C. y González, J de J. (2000). Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Mental*. 23(2).
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=22655>
- González, S., Pineda, A. y Gaxiola, J.C. (2018). Depresión adolescente: factores de riesgo y apoyo social como factor protector. *Universitas psychologica*. 17(3).
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6672672>
- Gracia, B., Quintana-Orts, C. y Rey, L. (2020). Regulación emocional y uso problemático de las redes sociales en adolescentes: el papel de la sintomatología depresiva. *Salud y drogas*. 20(1). 77-86.
<https://doi.org/10.21134/haaj.v20i1.473>

Grupo de trabajo de la actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia. (2018). *Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia. Actualización*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Guadarrama, L., Escobar, A. y Zhang L. (2006). Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. *Rev Fac Med UNAM*. 49(2), 66-72.

<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=4447>

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Unidad de Asesoramiento Científico-técnico avalia-t. Guías de Práctica Clínica en el SNS. <https://portal.guiasalud.es/gpc/depresion-adulto/>

Hankin, B. (2009). Development of Sex Differences in Depressive and Co-Occurring Anxious Symptoms During Adolescence: Descriptive Trajectories and Potential Explanations in a Multiwave Prospective Study. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 38(4).

https://www.researchgate.net/publication/41563842_Development_of_Sex_Differences_in_Depressive_and_Co-Occurring_Anxious_Symptoms_During_Adolescence_Descriptive_Trajectories_and_Potential_Explanations_in_a_Multiwave_Pro prospective_Study

Herane-Vives, A., Fischer, S., De Angel, V., Wise, T., Cheung, E., Chua, K.-C., Armone, D., Young, A.H. y Cleare, A.J. (2018). Elevated fingernail cortisol levels in major depressive episodes. *Psychoneuroendocrinology*, 88, 17-23. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2017.10.026>

Herjanic, B. y Reich, W. (1982). Development of a structured psychiatric interview for children: Agreement between child and parent on individual symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 10, 307-324. <https://doi.org/10.1007/BF00912324>

- Hollon, S.D. y Kendall, P.C. (1980). Cognitive Self-Statements in Depression: Development of an Automatic Thoughts Questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*. 4(4), 383-395. <https://link.springer.com/article/10.1007/BF01178214>
- Hoyos, E., Lemos, M. y Torres, Y. (2012). Factores de riesgo y de protección de la depresión en los adolescentes de la ciudad de Medellín. *International Journal of Psychological Research*. 5(1), 109-121.
https://www.researchgate.net/publication/237091799_Factores_de_Riesgo_y_de_Proteccion_de_la_Depresion_en_los_Adolescentes_de_la_Ciudad_de_Medellin
- Kaess, M., Durkee, T., Brunner, R., Carli, V., Parzer, P., Wasserman, C., Sarchiapone, M., Hoven, C., Apter, A., Balazs, J., Balint, M., Bobes, J., Cohen, R., Cosman, D., Cotter, P., Fischer, G., Floderus, B., Iosue, M., Haring, C., ... Wasserman, D. (2014). Pathological Internet use among European adolescents: psychopathology and self-destructive behaviours. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 23(11), 1093-1102. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0562-7>
- Korman, G.P. y Sarudiansky, M. (2011) Modelos Teóricos y Clínicos para la Conceptualización y Tratamiento de la Depresión. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*. 15(1). 119-145.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5205687>
- Kösters, M.P., Chinapaw, M.J.M., Zwaanswijk, M., Van der Wal, M.F., Utens, E.M.W.J. y Koot, H.M. (2017). FRIENDS for life: Implementation of an indicated prevention program targeting childhood anxiety and depression in a naturalistic setting. *Mental Health and Prevention*. 44-50.
<https://doi.org/10.1016/j.mhp.2017.03.003>
- Kovacs, M. (1992). Children's Depression Inventory (CDI). New York: Multi-health Systems, Inc.

- Krayer, A., Ingledew, D.K., Iphofen, R. (2008). Social comparison and body image in adolescence: a grounded theory approach. *Health Education Research*. 23(5), 892-903. <https://doi.org/10.1093/her/cym076>
- Lang, M. y Tisher, M. (1986). *Escala de Depresión para Niños (CDS)*. TEA Ediciones. <http://web.teaediciones.com/CDS-Cuestionario-de-Depresion-para-ninos.aspx>
- Lewinsohn, P.M. (1975). The Behavioral Study and Treatment of Depression. *Progress in Behavior Modification*, 19-64. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-535601-5.50009-3>
- Lewinsohn, P. M., Clarke, G. N., Hops, H. y Andrews, J. (1990). Cognitive-behavioral treatment for depressed adolescents. *Behavior Therapy*, 21(4), 385-401. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0005789405803533>
- Liu, Q.X., Fang, X.Y., Zhou, Z K., Zhang, J.T., & Deng, L.Y. (2013). Perceived parent-adolescent relationship, perceived parental online behaviors and pathological internet use among adolescents: gender-specific differences. *PloS one*, 8(9). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0075642>
- Lewis, C.C. (1981) How Adolescents Approach Decisions: Changes over Grades Seven to Twelve and Policy Implications. *Child Development*. 52(2), 538-544. <https://doi.org/10.2307/1129172>
- Lozano-Blasco, R. y Cortés-Pascual, A. (2020). Usos problemáticos de Internet y depresión en adolescentes: Meta-análisis. *Comunicar*. 28(63), 109-120. <http://doi.org/10.3916/C63-2020-10>
- Martín Manzano, M. (2019, 10 de marzo). *Emociones, todas necesarias*. Dana Centro de Psicología. <https://www.psicologiadana.com/emociones/>
- Martinsen, K.D., Rasmussen, L.M.P., Wentzel-Larsen, T., Holen, S., Sund, A.M., Lovaas, M.E.S., Patras, J., Kendall, P.C., Waaktaar, T. y Neumer, S.P. (2019). Prevention of anxiety and depression in school children: Effectiveness of the transdiagnostic EMOTION program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 87(2). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30550301/>

- Mayes, T.L., Bernstein, I.H., Haley, C.L., Kennard, B.D. y Emslie, G.J. (2010). Psychometric properties of the Children's Depression Rating Scale-Revised in adolescents. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 20(6), 513-516.
<https://doi.org/10.1089/cap.2010.0063>.
- Ministerio de Sanidad. (2017). Encuesta Nacional de Salud de España.
<https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>
- Molina Hernández, J. y García León, A. (2015). Valoración de un programa de entrenamiento en estilo explicativo optimista y habilidades de comunicación en adolescentes. *Summa Psicológica UST.* 12(2), 95-106.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5283127>
- Montt, M.E. y Ulloa, F. (1996). Autoestima y salud mental en los adolescentes. *Salud Mental.* 19(3), 30-35. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5794501>.
- Moral, M. de la V. y Fernández, S. (2019). Uso problemático de internet en adolescentes españoles y su relación con autoestima e impulsividad. *Avances En Psicología Latinoamericana.* 37(1), 103-119.
<https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.5029>
- Moral, M. de la V. y Suárez, C. (2016). Factores de riesgo en el uso problemático de Internet y del teléfono móvil en adolescentes españoles. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud,* 7(2), 69-78. <https://doi.org/10.1016/j.rips.2016.03.001>
- Navarro, J., Vara, M.D., Cebolla, A. y Baños, R.M. (2018). Validación psicométrica del cuestionario de regulación emocional (ERQ-CA) en población adolescente española. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes.* 5(1). 9-15.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6272820>
- Oberst, U., Renau, V., Chamarro, A. y Carbonell, X. (2016). Gender stereotypes in Facebook profiles: Are women more female online? *Computers in Human Behavior,* 60, 559-564. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.02.085>

- Organización Mundial de la Salud. (30 de enero de 2020). *Depresión*. OMS.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Mundial de la Salud. (28 de septiembre de 2020). *Salud mental del adolescente*. OMS. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Orth, U., Robins, R. y Roberts, B. (2008). Low Self-Esteem Prospectively Predicts Depression in Adolescence and Young Adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*. 95(3), 695-708. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.95.3.695>
- Owens, J.S. y Murphy, C.E. (2004). Effectiveness Research in the Context of School-Based Mental Health. *Clinical Child and Family Psychology Review*. (7), 195–209. <https://doi.org/10.1007/s10567-004-6085-x>
- Piqueras, J.A., Garcia, C. y Marzo, J.C. (2019). Uso problemático de Internet en adolescentes relación con sexo, edad, nivel socioeconómico y frecuencia de uso de Internet. *Acción psicológica*. 16(2), 129-146.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7256151>
- Plaza, J. (2018). Riesgos percibidos por estudiantes adolescentes en el uso de las nuevas tecnologías y cómo reaccionan ante ellos. *Bordón. Revista de pedagogía*. 70(2), 105-120.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6397984>
- Polaino-Lorente, A., Domènech, E., García, A. y Ezpeleta, L. (1988). *Las depresiones infantiles*. Ediciones Morata S.A.
- Puerta-Cortés, D.X. y Carbonell, X. (2014). The model of the big five personality factors and problematic Internet use in Colombian youth. *Adicciones*. 26(1), 54-61.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24652399/>
- Rasing, S.P.A., Creemers, D.H.M., Vermulst, A.A., Janssens, J.M.A.M., Engels, R.C.M.E. y Scholte, R.H.J. (2018). Outcomes of a Randomized Controlled Trial on the Effectiveness of Depression and Anxiety Prevention for Adolescents with

- a High Familial Risk. *International journal of environmental research and public health*. 15(7). <https://doi.org/10.3390/ijerph15071457>
- Rehm, L. P. (1977). A self-control model of depression. *Behavior Therapy*. 8(5), 787-804. [https://doi.org/10.1016/s0005-7894\(77\)80150-0](https://doi.org/10.1016/s0005-7894(77)80150-0)
- Reynolds, W. M. (2004). Reynolds Adolescent Depression Scale – 2nd Edition. In M. Hersen, D. L. Segal & M. Hilsenroth (Eds.). *Comprehensive handbook of psychological assessment, Volume 2: Personality assessment and psychopathology* (pp 224-236). New York: John Wiley & Sons. https://www.researchgate.net/publication/294872912_Reynolds_Adolescent_Depression_Scale_RADS_Second_Edition
- Restrepo-Restrepo, C., Vinaccia, S. y Quiceno, J.M. (2011). Resiliencia y depresión: un estudio exploratorio desde la calidad de vida en la adolescencia. *Suma Psicológica*. 18(2), 41-48. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-43812011000200004&script=sci_abstract&lng=es
- Rey, J.M., Bella-Awusah, T.T. y Jing, L. (2017). Depresión en niños y adolescentes en M. Irarrázaval y I. Hernández (ed)., *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP*. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesiones Afines 2017.
- Rial Boubeta, A., Golpe, S., Gómez P. y Barreiro, C. (2015). Variables asociadas al uso problemático de internet entre adolescentes. *Health and addictions: salud y drogas*. 15(1), 25-38. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5086994>
- Rodriguez, E; Donenberg, G; Erin, E; Wilson, H. y Javdani, S. (2015). Externalizing symptoms moderate associations among interpersonal skills, parenting, and depressive symptoms in adolescents seeking mental health treatment. *J Youth Adolesc*. 44(4), 952 - 63. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25698655/>
- Rubio-Stipek, M., Bird, H., Canino, G. y Gould, M. (1990). The internal consistency and concurrent validity of a Spanish translation of the Child Behavior Checklist.

Journal of Abnormal Child Psychology, 18(4), 393–406.

<https://doi.org/10.1007/BF00917642>

Ruido, P. A., Rodríguez, Y. y Lameiras, M. (2017). El impacto de las Redes Sociales en adolescentes gallegos/as análisis cualitativo. *Revista de estudios e investigación en psicología y educación*. (13), 52-56.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6348963>

Ruvalcaba, N.A., Gallegos, J., Flores, A. y Fulquez, S.C. (2013). Las competencias socioemocionales como factor protector ante la sintomatología de ansiedad y depresión en adolescentes. *Psicogente*. 16(29).

<http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/psicogente/article/view/1941>

Sáez, E. y Torres, J. (2016). Viabilidad de un programa de prevención de la depresión facilitada por maestras en Puerto Rico. *Revista Puertorriqueña de Psicología*.

27(2), 368-380. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5891737>

Salazar, Z. (2008). Adolescencia e imagen corporal en la época de la delgadez.

Reflexiones. 87(2). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4796189>

Sánchez, O., Méndez, F., Ato, M. y Garber, J. (2019). Prevention of depressive symptoms and promotion of well-being in adolescents: a randomized controlled trial of the smile program. *Clinical and Health Psychology*. 35(2).

<https://revistas.um.es/analesps/article/view/342591>

Santrock, J. W. (2004). *Psicología del desarrollo en la adolescencia*. McGraw Hill.

https://www.academia.edu/28350639/Psicologia_del_desarrollo_en_la_adolescencia_9a_ed_Santrock_1_

Sanz, J. y García-Vera, M.P. (2013). Rendimiento diagnóstico y estructura factorial del Inventario para la Depresión de Beck–Segunda Edición (BDI-II) en pacientes españoles con trastornos psicológicos. *Anales de Psicología*. 29(1), 66-75.

<http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.1.130532>

- Schildkraut, J.J. (1965). The catecholamine hypothesis of affective disorders: a review of supporting evidence. *American Journal of Psychiatry*. 122(5), 509-522. <https://doi.org/10.1176/ajp.122.5.509>
- Scourfield, J., Rice, F., Thapar, A., Harold, G. T., Martin, N. y McGuffin, P. (2003). Depressive symptoms in children and adolescents: changing aetiological influences with development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 44(7), 968-976. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.0018>
- Seligman, M.E.P., Schulman, P. y Tryon, A.M. (2007). Group prevention of depression and anxiety symptoms. *Behaviour Research and Therapy*. 45, 1111-1126. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.09.010>
- Sheline, Y.I., Sanghavi, M., Mintun, M.A. y Gado, M.H. (1999). Depression duration but not age predicts hippocampal volume loss in medically healthy women with recurrent major depression. *J Neurosci*. 19(12), <https://doi.org/5034-43>. 10.1523/JNEUROSCI.19-12-05034.1999.
- Sivertsen, B., Harvey, A.G., Lundervold, A.J. y Hysing, M. (2014) Sleep problems and depression in adolescence: results from a large population-based study of Norwegian adolescents aged 16-18 years. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 23(8), 681-9. <https://doi.org/10.1007/s00787-013-0502-y>
- Steffen, A., Nübel, J., Jacobi, F., Bätzing, J. y Holstiege, J. (2020). Mental and somatic comorbidity of depression: a comprehensive cross-sectional analysis of 202 diagnosis groups using German nationwide ambulatory claims data. *BMC Psychiatry*. 20(142). <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02546-8>
- Vanderhoven, E., Schellens, T. y Valcke, M. (2014). Enseñar a los adolescentes los riesgos de las redes sociales: Una propuesta de intervención en Secundaria. *Comunicar*. 43, 123-132. https://www.researchgate.net/publication/303166302_Ensenar_a_los_adolescentes_los_riesgos_de_las_redes_sociales_Una_propuesta_de_intervencion_en_Secundaria

- Vázquez, A. (2016). Los factores psicosociales y la depresión. *Mul Med.* 20(3).
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=67017>
- Vázquez, A.J., Jimenez, R. y Vázquez, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: Fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología.* 22(2), 247-256.
https://www.researchgate.net/publication/28098338_Escala_de_autoestima_de_Rosenberg_Fiabilidad_y_validez_en_poblacion_clinica_espanola
- Vázquez, M.E. y Sanz, M. (2014). Guía para trabajar con adolescentes. *Formación Activa en Pediatría de Atención Primaria.* 7(3). 144-152.
<https://fapap.es/articulo/306/guia-para-trabajar-con-adolescentes>
- Veytia, M., González, N., Andrade, P. y Oudhof, H. (2012). Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud Mental.* 35(1).
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000100006
- Vogel, E.B. (s.d.). *El Planeta de los Psimon.* TEA Ediciones. Consultado el 07 de marzo de 2021. <http://web.teaediciones.com/EL-PLANETA-DE-LOS-PSIMON.aspx>
- Volanen, S.M., Lassander, M., Hankonen, N., Santalahti, P., Hintsanen, M., Simonsen, N., Raevuori, A., Mullola, S. y Vahlberg, T. (2020). But A, Suominen S. Healthy learning mind - Effectiveness of a mindfulness program on mental health compared to a relaxation program and teaching as usual in schools: A cluster-randomised controlled trial. *Journal of affective Disorders.* 1, 660-669.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.08.087>
- Whittle, S., Lichter, R., Dennison, M., Vijayakumar, N., Schwartz, O., Byrne, M. L., Simmons, J.G., Yücel, M., Pantelis, C., McGorry, P. y Allen, N.B. (2014). Structural Brain Development and Depression Onset During Adolescence: A Prospective Longitudinal Study. *American Journal of Psychiatry.* 171(5), 564-571. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13070920>

Yao, M. Z., & Zhong, Z. (2014). Loneliness, social contacts and Internet addiction: A cross-lagged panel study. *Computers in Human Behavior*, 30, 164-170.
<https://doi.org/10.1016/j.chb.2013.08.0>

9. Anexos

Anexo 1

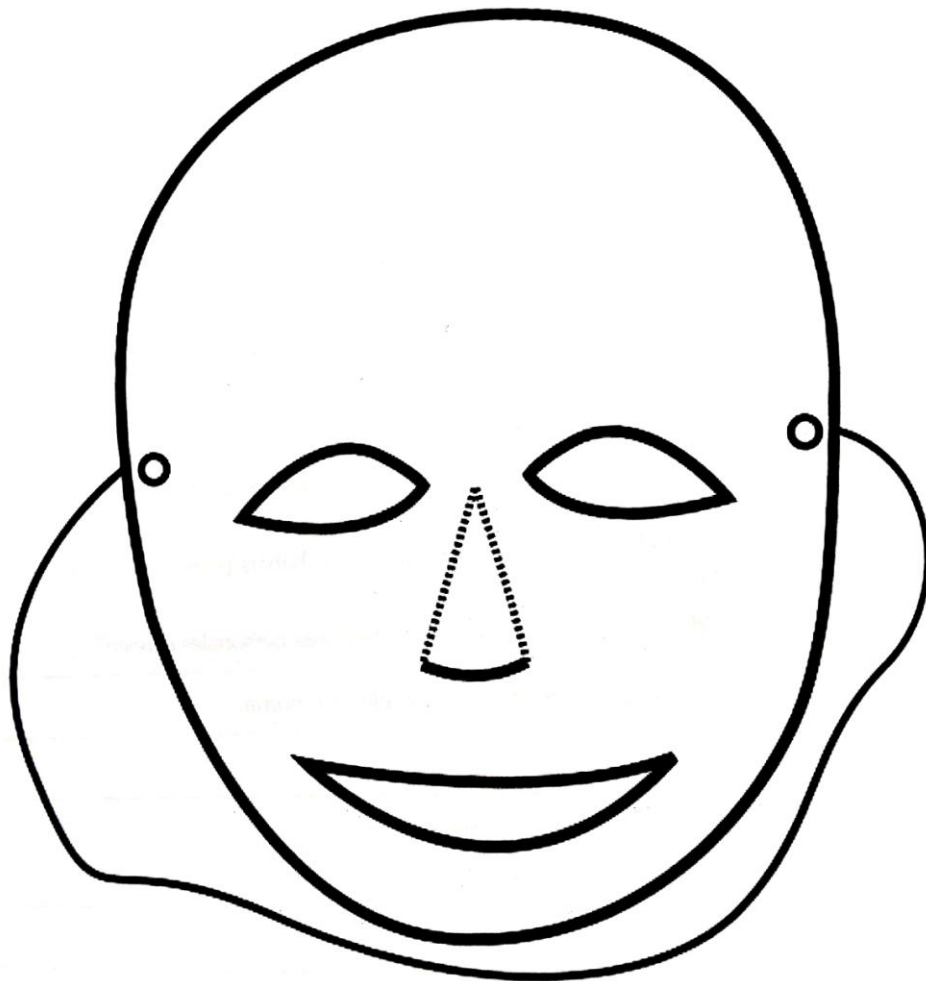
Cuestionarios utilizados para la evaluación de la depresión en adolescentes

Nombre/Autor (año)	Edad	Características	Adaptación
Children's Depression Scale (CDS)/ Lang y Tisher (1986).	8-14	- Autoinforme. - Evalúa dimensión total depresivo y la dimensión total positivo.	Seisdedos (2014 citado en GPC).
Beck Depression Inventory-2 (BDI-II)/ Beck et al. (1996 citado en Sanz y García-Vera, 2013).	13-18	- Instrumento de autoinforme. - Evalúa gravedad de sintomatología depresiva. - Instrumento para evaluar la depresión más utilizado en España y en el mundo. - Evalúa sintomatología durante las dos últimas semanas. - Buena fiabilidad y validez.	Sanz y García-Vera (2013).
Children's Depression Inventory (CDI)/ Kovacs (1992)	7-17	- Autoinforme. - Versión para niños y adolescentes del BDI. - Evalúa estado de ánimo negativo, ineficacia, autoestima negativa, problemas interpersonales y anhedonia. - Evalúa sintomatología depresiva en las últimas dos semanas. - Versión reducida el CDI-S.	CDI (Frías et al., 1991). CDI-S (Del Barrio et al., 2002).
Child Behavior Checklist (CBCL)/ Achenbach (1985 citado en GPC, 2018)	4-18	- Versión padres, profesores y autoaplicada para adolescentes de 1-18 años. - Una escala evalúa: ansioso/depresivo, quejas somáticas, problemas sociales, de pensamiento y atencionales, comportamiento en contra de las reglas, comportamiento agresivo. Y otra escala evalúa: ansiedad, trastorno negativista desafiante, problemas conductuales, somáticos y afectivos y trastorno de déficit de atención (Achenbach y Rufflé, 2000).	Rubio et al. (1990).
Kutcher Adolescent Depression Scale (KADS)/ Le Blanc et al. (2002)	6-18	- Autoinforme. - Evalúa gravedad de depresión en adolescentes. - Evalúa sintomatología en la última semana (Le Blanc et al., 2002).	Sin datos
Center for Epidemiological Studies – Depression Scale (CES-D)/ Radloff (1977 citado en GPC, 2018)	12-18	- Autoaplicada. - Evalúa: afecto depresivo, afecto positivo, somatización, y escala de problemas interpersonales. - Ámbitos clínicos y comunitarios. - Buenas propiedades psicométricas.	Soler (1997 citado en GPC, 2018).
Reynolds Adolescent Depression Scale (RADS)/ Reynolds (1987 citado en Reynolds, 2004)	11-20	- Autoinforme. - Evalúa severidad de síntomas depresivos en adolescentes. - 4 subescalas: estado de ánimo disfórico, anhedonia/afecto negativo, auto-evaluación negativa y quejas somáticas. - Se puede administrar individualmente o en grupo. - Duración: 5 minutos.	Del Barrio (1996 citado en GPC, 2018).

Nota: Elaboración propia

Anexo 2

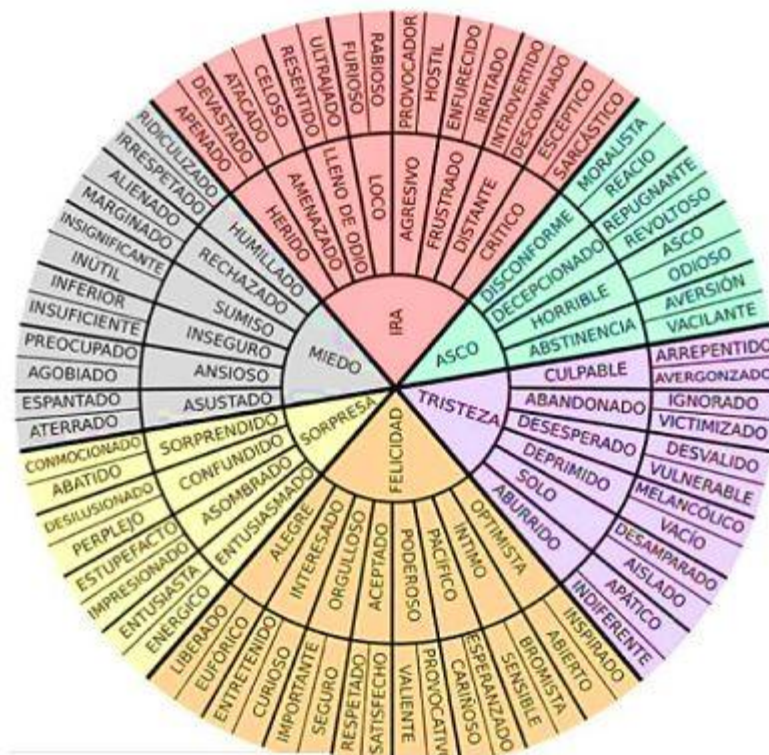
La careta



Recuperado de Bernaras et al. (2020)

Anexo 3




Ruleta emocional






Recuperado de Martín (2019)

Anexo 4

Funciones de las emociones primarias

	¿Cuándo la sentimos?	¿Para qué sirve?
	<p>RABIA</p> <p>Es el enfado que se siente cuando las cosas no nos salen bien.</p> <p>También se siente cuando nos sentimos amenazados (por cosas o por personas).</p>	<p>Nos ayuda a enfrentarnos a situaciones difíciles o a los problemas.</p> <p>Si se expresa de modo negativo, nos puede crear problemas con los demás.</p>
	<p>FELICIDAD</p> <p>Es la sensación que se produce cuando se alcanza lo que se desea o cuando se disfruta de cosas buenas.</p>	<p>Es una situación que nos ha hecho sentir bien y esperamos repetirla.</p>
	<p>TRISTEZA</p> <p>Es el dolor, la tristeza, la soledad o el sentimiento negativo producido cuando perdemos algo importante o nos fallan en nuestras relaciones.</p>	<p>Sirve para mirar a nuestro interior y darnos cuenta que tenemos que pedir ayuda a nuestros seres queridos.</p>

	¿Cuándo la sentimos?	¿Para qué sirve?
	<p>MIEDO</p> <p>Es lo que sentimos cuando estamos ante una situación peligrosa. El peligro se puede sentir por estímulos reales o imaginarios.</p>	<p>El miedo nos ayuda a alejarnos de los peligros.</p>
	<p>SORPRESA</p> <p>Cuando ocurre algo que no esperamos sentimos sorpresa, susto, confusión.</p> <p>Se pasa rápidamente y nos ayuda a entender lo que está pasando.</p>	<p>Cuando estamos ante algo nuevo nos ayuda a dar una respuesta.</p>
	<p>ASCO</p> <p>Cuando sentimos rechazo o desagrado por algo que no nos gusta.</p>	<p>Sentimos desagradado y nos apartamos.</p>

Recuperado de Bernaras et al. (2020)

Anexo 5

Técnica de relajación progresiva de Jacobson

Antes de empezar, es conveniente que el alumnado/a haya venido a clase con ropa cómoda. En esta técnica el alumnado aprenderá a tensar y relajar los diferentes músculos del cuerpo, de manera que sea capaz de sentir cuando están tensos o relajados. Cuando sea consciente de ello, será capaz de identificar la ansiedad, el nerviosismo y las emociones negativas y de utilizar la relajación para hacer frente a esos síntomas.


Esta técnica se debe aplicar en un momento en que los y las estudiantes estén tranquilos. Conviene que estén sentados cómodamente o tumbados. Podemos poner música suave para crear un ambiente tranquilo. Con los ojos cerrados, deben respirar profundamente. *Primero aprenderemos a coger aire (respirar): inspirar (coger aire) despacio, profundamente y expirar (expulsar aire) despacio. Inspirar por la nariz y soltar el aire por la boca. Debéis pensar que estáis tranquilos.*

Con las primeras palabras y una música relajante el/la profesor/a logrará un ambiente tranquilo: «estáis tranquilos, relajados...». «Ahora, debéis dejar todo el cuerpo relajado y poner toda la atención en la mano derecha. Cuando yo os diga, estirad los BRAZOS y cerrad los PUÑOS lo más fuerte posible. ¡Ahora! Sentid como se tensan las manos y los antebrazos... Sentid como surgen la incomodidad y la tensión.» Al cabo de pocos segundos (5-7 segundos) pasaremos a la siguiente instrucción: «ahora, cuando os diga, SOLTAD, vais a abrir totalmente vuestras manos y dejarlas caer sobre vuestras piernas, dejándolas caer de golpe. ¡SOLTAD!». Los brazos tendrían que caer como si fueran de plomo. Si fuera necesario, tomaríamos a un niño de modelo y el resto del grupo debería imitarle. A continuación, daremos las siguientes instrucciones: «Vets que la incomodidad se ha ido de vuestras manos y de vuestros brazos. Sentid ahora la relajación, la tranquilidad que tenéis. Debéis notar la diferencia entre tener los músculos tensos o relajados». Cuando veamos que todos los niños lo han hecho bien, pasaremos a la siguiente instrucción.

«Ahora cerrad fuerte-fuerte los OJOS y fruncid el ceño, como si estuviésteis enfadados. No dejéis que entre luz en los ojos. Notad la tensión en los ojos y en la frente». Pasados 5-7 segundos les diremos: «empezad a relajar los ojos y la frente, soltad los ojos, la frente y el ceño, sentid qué agradable es tener la frente y los ojos relajados...». Tras medio minuto, pasaremos a la siguiente instrucción.

«Ahora cerrad con fuerza la BOCA, sin morderos la lengua. Poned la lengua contra el paladar y sentid la tensión que tenéis en la boca, en los dientes, en la lengua...». Pasados 5-7 segundos, el/la profesor/a les dirá que empiecen a relajarse. «Ahora, despacito, empezad a relajar la boca, soltad los músculos alrededor de los dientes y la lengua. Sentid la relajación alrededor de la boca, ¡qué agradable es estar relajado!». Después de medio minuto, pasaremos a la siguiente instrucción.

«Ahora relajaremos el CUELLO. Tenéis que doblar la cabeza, intentando tocar el pecho con la barbilla. Sentid la tensión en el cuello, en la nuca...». Pasados 5-7 segundos, les diremos que empiecen a relajarse. «Ahora despacio, empezad a relajar el cuello, sin forzarlo empezad a levantar la cabeza, con los músculos relajados. Sentid la relajación alrededor del cuello». Medio minuto después, pasaremos a la siguiente instrucción.



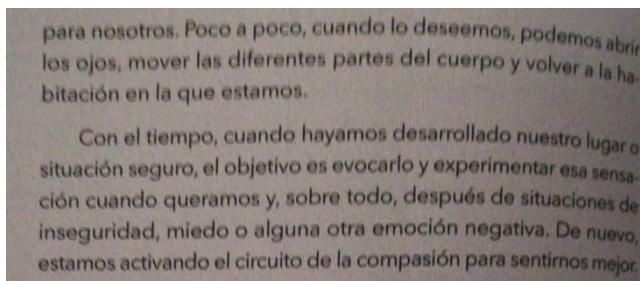
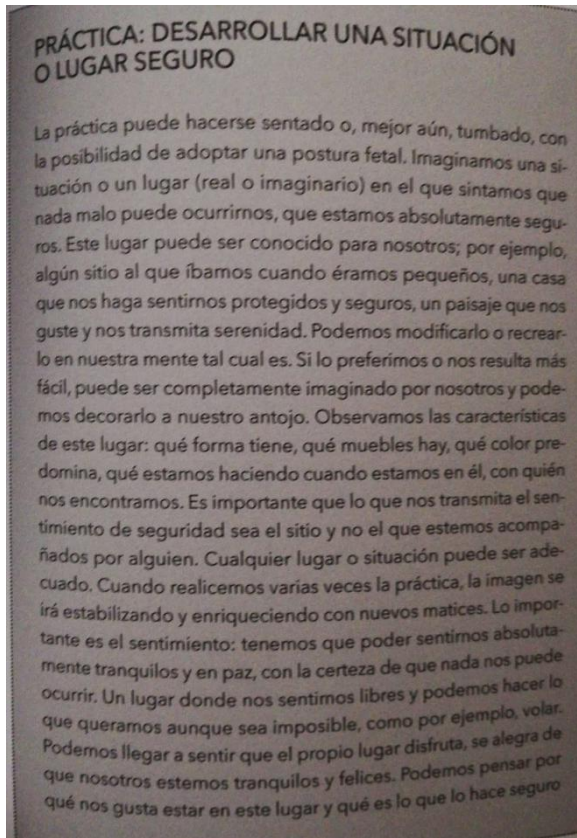
«Ahora relajaremos el TRONCO. Separad un poco el cuerpo de la silla o del suelo, curvando la espalda, echad hacia atrás los hombros y sacad pecho. Sentid la tensión del cuerpo en la espalda, en los hombros, en el pecho...». Pasados 5-7 segundos, el/la profesor/a les dirá que empiecen a relajarse. «Ahora, despacio, empezad a relajar el cuerpo, apoyando la espalda en la silla o en el suelo. Relajad la espalda, los hombros, el pecho, sentid qué agradable es tener la espalda, los hombros, el pecho relajado». Transcurrido medio minuto, pasaremos a la siguiente instrucción.

«Hinchad el abdomen (estómago) todo lo que podáis, pensad que lo estáis apretando con un dedo. Empujad hacia afuera el estómago, ponedlo duro. Sentid la tensión en el estómago». Tras 5-7 segundos se les pedirá que empiecen a relajarse. «Ahora, poco a poco, empezad a relajar el estómago. Soltad los músculos del abdomen, y sentid qué agradable es tener el estómago relajado». Tras medio minuto, pasaremos a la siguiente instrucción.

Recuperado de Bernaras et al. (2020)

Anexo 6

Desarrollar una situación o lugar seguro



Recuperado de García y Demarzo (2015)

Anexo 7

La respiración compasiva

scan compasivo) durante el período en que se realiza la formación en compasión, para modificar la forma que tenemos de relacionarnos con nosotros mismos.

Adoptamos una posición cómoda, con la espalda recta pero sin esfuerzo, con el pecho abierto y los ojos cerrados o semicerrados. Debe ser una postura que nos sea fácil mantener. Se pueden hacer una o dos respiraciones más profundas para llevar la atención sobre el cuerpo. Mientras, llevamos ambas manos al corazón, o elegimos otro gesto compasivo, para llevar la atención a la actitud compasiva que mantendremos durante la práctica. Poco a poco, empezamos a notar las sensaciones del cuerpo en ese momento: el contacto del cuerpo con el suelo, con la esterilla o con la silla, la temperatura de la piel y las sensaciones en general.

Lentamente, empezamos a tomar conciencia de nuestra respiración. Podemos llevar la atención hacia los movimientos del pecho y del abdomen durante la inspiración y la espiración, y/o hacia las sensaciones del paso del aire que entra y sale a través de las ventanas de la nariz durante la respiración. Sentimos afecto hacia nuestra propia respiración, hacia nuestro cuerpo y hacia nosotros mismos. Podemos expresar ese afecto tocándonos la zona del corazón con una mano o abrazándonos. Debemos tener en cuenta que el gesto compasivo que seleccionemos debe ser suficientemente cómodo como para que sea sostenible por unos minutos. Podemos inclinarnos hacia la respiración ligeramente como si fuese una persona querida, teniendo la sensación de que cuidamos la respiración, como si la estuviésemos acunando. Es importante seguir el flujo natural de la respiración, sin tratar de cambiarlo, solo observándolo y tomando conciencia de él.

La mente va a divagar por algún pensamiento, sentimiento o preocupación que surja. En esas situaciones, podemos ser compasivos con nosotros mismos y, simplemente, tomar conciencia de que la mente está divagando. Amablemente, dejamos que las distracciones pasen, sin enfadarnos o juzgarlas, y volvemos a dirigir la atención hacia la respiración con el mismo cariño con que lo haríamos con un niño pequeño que se ha perdido.

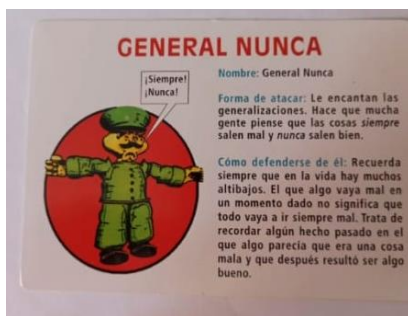
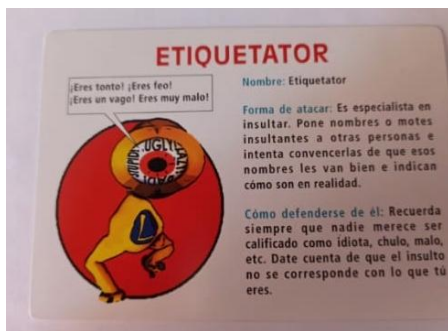
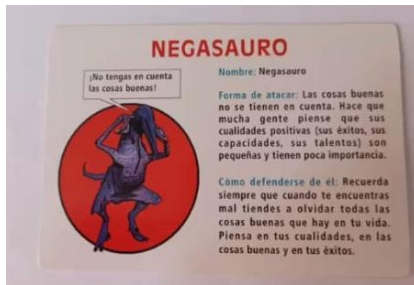
Sentimos cómo la respiración nutre nuestro cuerpo aunque no seamos conscientes de ello. Sentimos el agradecimiento hacia la respiración, hacia nuestro cuerpo, hacia nosotros mismos y hacia el universo. Sentimos que nos fundimos con la respiración, que somos la respiración, y nos mantenemos en esa sensación unos minutos.

Antes de cerrar la sesión, volvemos a llevar la atención hacia las sensaciones de todo el cuerpo en ese momento y sentimos que todo es perfecto tal como es y agradecemos la oportunidad que nos hemos dado de cuidarnos realizando este ejercicio. Poco a poco, ponemos fin a la práctica.

Recuperado de García y Demarzo (2015)

Anexo 8

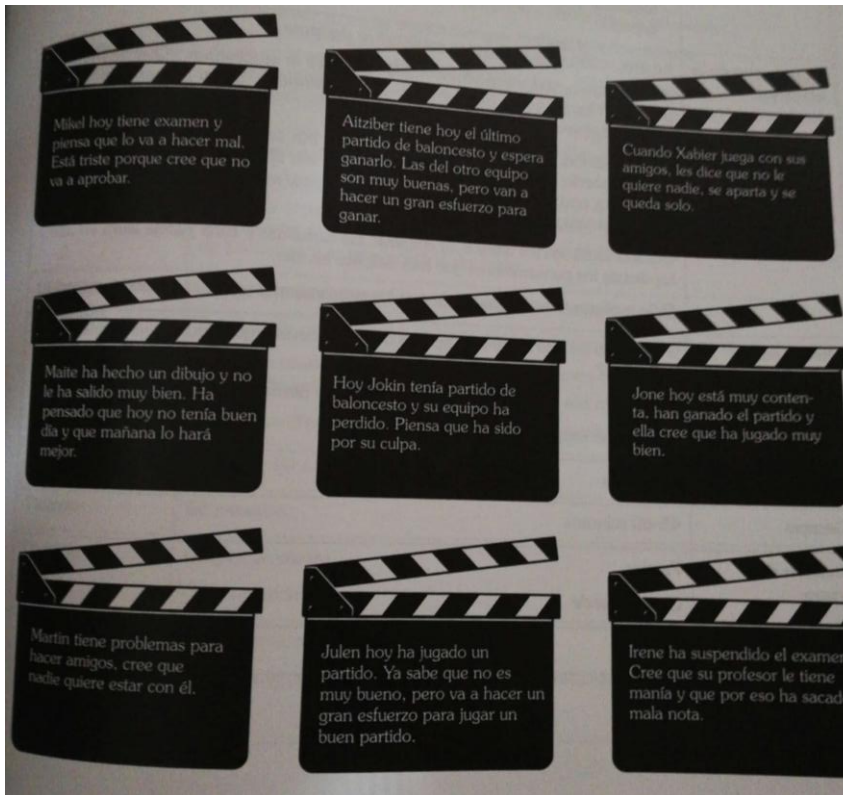
Ejemplos tarjetas El Planeta de los Psimon



Recuperado de Vogel (s.d)

Anexo 9

Situaciones autoestima pozic



Recuperado de Bernaras et al. (2020)

Anexo 10

Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Apellido y Nombre: _____

D.N.I.: _____

Manifiesta la veracidad de los datos personales aportados y que ha recibido información suficiente acerca de la intervención que se realizará en el colegio _____, al que presta voluntariamente su consentimiento.

- 1. Se realizará un programa de prevención de la depresión y el uso inadecuado de las redes sociales.**
- 2. El abordaje terapéutico estará basado en evidencia.**
- 3. El programa tendrá una duración de 19 sesiones de 60 minutos de duración.**
- 4. El alumno no podrá recuperar las sesiones programadas a las que no asista.**

Cómo se garantizará la custodia de los datos. Los resultados se incorporarán a una base de datos confidencial, de acceso restringido, siguiendo la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Por el presente dejo constancia que otorgo plena conformidad a los términos expuestos anteriormente como tutor legal del menor arriba indicado.

Firma del tutor _____

Vínculo con el menor _____